

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

N°.....

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MAURY Jacques

Né le 26 Février 1908 au Mans (Sarthe)

Interne des Hôpitaux de Paris

Les Appendicites pelviennes

Président : M. CUNÉO

Professeur de Clinique Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Chez Victor DEGRANGE

91, rue de Seine

PARIS (6°)

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOWSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAM.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
Clinique d'accouchements	MARION.
	LÉVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologique	MATHIEU.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	CROUZON.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

CELINE	Pathologie chirurgicale.
RIÉTY	Pathologie médicale.
NARD (Henri)	Pathologie médicale.
ERNARD (Et.)	Pathologie médicale.
ANÇON (J.)	Hydrologie.
ULIN	Pathologie médicale.
LLIARD	Histologie.
THALA	Pathologie médicale.
IEVALLIER ..	Pathologie médicale.
OSTE	Pathologie médicale.
OGNON	Physique.
Y	Urologie.
YNE	Pathologie chirurgicale.
LLIARD	Parasitologie.
ESTINEL	Bactériologie.
GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
YET	Physiologie.
E GENNES	Pathologie médicale.
ROUD	Histologie.
AGUENAU	Pathologie médicale.
ALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
AZARD	Pharmacologie.
UGUENIN	Anatomie pathologique.
ANNON	Hygiène.
ACOMME	Obstétrique.
ANTUÉJOUL ..	Obstétrique.

MM

LAROCHE (Guy) ..	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY (Mlle J.) ..	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GLAVE	Pathologie chirurgicale.
USQUET	Pharmacologie.
HAILLEY-BERT ..	Physiologie.
UÉNIOT	Obstétrique.

MM.

HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	}	Clinique médicale.
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT .		
SÉZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale.
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER ..		
MOURE		
QUENU		
VELTER		

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
METZGER		

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MON FRÈRE, LE DOCTEUR PIERRE MAURY
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

*En souvenir affectueux de cinq
années de travail en commun.*

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

*En témoignage de ma profonde
reconnaissance et de mon respec-
tueux attachement.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYC

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut

Membre de l'Académie de Chirurgie

*Qui a bien voulu m'inspirer et
me guider dans l'élaboration de ce
travail, en témoignage de ma vive
et respectueuse gratitude.*

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR EDOUARD MICHON.

MONSIEUR LE DOCTEUR RIVET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO.

Externat en premier

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PORTES.

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BERGER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYK.

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT.

AVANT-PROPOS

On désigne sous le nom d'appendicites pelviennes les diverses manifestations pelviennes liées à l'inflammation de l'appendice. Il importe donc de distinguer deux ordres de faits : d'une part des appendicites pelviennes proprement dites, dues à l'atteinte d'un appendice bas situé, plongeant plus ou moins profondément dans le petit bassin ; d'autre part les complications pelviennes des appendicites « abdominales ».

Il semble que tout ait été dit sur un tel sujet ; mais l'immense majorité des travaux publiés ne concerne que les seuls abcès pelviens... à tel point que pour beaucoup, aujourd'hui encore, appendicites pelviennes et abcès pelviens sont deux termes équivalents. Il est pourtant bien évident que, là, comme dans toute appendicite, l'abcédation ne constitue qu'un stade évolutif tardif : seules la méconnaissance de la symptomatologie particulière de la crise initiale, l'absence ou l'erreur du diagnostic et l'abstention opératoire qui en sont les conséquences, expliquent la fréquence de l'évolution vers la suppuration. Cette évolution est malheureusement trop souvent interrompue par des accidents dramatiques de perforation appendiculaire et de généralisation péritonéale responsables de l'effroyable pourcentage de mortalité que l'on observe, de nos jours encore, dans cette localisation de l'appendicite. Les statistiques, concordantes du reste avec nos propres observations, donnent un

chiffre de mortalité d'ensemble supérieur à 20 %

Nous ne croyons donc pas inutile d'essayer, dans ce

travail, de dégager quelques notions susceptibles d'aider à une meilleure connaissance des appendicites pelviennes et d'y rechercher, par suite, de quels concours de circonstances leur diagnostic, au début, est si souvent méconnu.

Après un bref rappel historique, nous scinderons notre étude en deux parties distinctes : les appendicites pelviennes proprement dites et les complications pelviennes des appendicites iliaques.

La première partie sera naturellement la plus développée. Nous nous efforcerons d'abord de dégager *quelques notions étiologiques*, l'étude de *l'anatomie pathologique* nous permettra de par les lésions décrites de mieux comprendre certaines anomalies des symptômes des appendicites pelviennes.

Nous analyserons alors les *principaux signes* de la crise aiguë et suivrons les diverses *évolutions* de cette crise : résolution, suppuration, ainsi que les *complications* susceptibles de surgir.

Nous examinerons ensuite les *aspects cliniques* les plus fréquemment rencontrés ou les plus intéressants et nous dirons, à ce propos, quelques mots des formes subaiguës ou chroniques.

L'étude du *diagnostic* et du *pronostic* de la crise aiguë et des abcès pelviens qui peuvent lui succéder terminera la première partie de ce travail.

La seconde, beaucoup plus brève, sera consacrée aux complications pelviennes des appendicites iliaques : parmi lesquelles prennent place évidemment les abcès résiduels du Douglas.

Nous envisagerons enfin, pour terminer, en un chapitre d'ensemble, le *traitement* des appendicites aiguës et celui des abcès pelviens.

HISTORIQUE

S'il faut en croire COLLINS, c'est à BERENGARIO DA CARPI, en 1524, puis à FARNELINES (1567) que reviendrait le mérite d'avoir laissé les premières observations écrites d'appendicite et de perforation appendiculaire. Il est pourtant classique, KELLY le rappelait en 1903 à la *Société de Chirurgie de Paris*, d'attribuer à MESTIVIER l'honneur d'avoir publié le premier cas en 1759.

Quoi qu'il en soit, c'est seulement en 1771 que SALGUES, maître en chirurgie à Lens, rapporte la première observation d'appendicite pelvienne, celle, aujourd'hui bien connue, du vigneron Bossu.

En 1817, on peut trouver dans la *Gazette de Santé*, l'histoire rapportée d'après un journal anglais, d'Olivier Prescott, capitaine de vaisseau, lequel présenta une crise d'appendicite avec ténésme et signes de pelvi-péritonite.

Dans ses Mémoires sur les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque droite (1828), MÉNIÈRE expose plusieurs cas indiscutables d'appendicite pelvienne : tel celui d'un garçon de 11 ans dont le pus s'écoulait à la fois par la paroi abdominale, le rectum et la vessie, ou cet autre encore, d'un porteur d'eau de 20 ans dont le phlegmon disparut cependant que l'on constatait la présence de pus dans les selles et les urines.

Mais c'est seulement vers 1890 que les auteurs commencent à individualiser, parmi les divers aspects de l'appendicite, les localisations pelviennes : GERSTER distingue divers types d'abcès appendiculaires dont l'abcès rectal qui tend à gagner la cavité du bassin : RICHELOT attire l'attention sur l'inflammation de l'appendice en

situation pelvienne et la difficulté de son diagnostic avec les salpingo-ovarites.

Si MARTINEZ, MARIAGE (Paris, 1891) et ROCHERON (Lyon, 1892) ont effleuré le sujet, c'est à DORMOY, puis à ESNAULT (1897) que revient le mérite d'avoir, dans leurs thèses, envisagé dans son ensemble la description clinique et la thérapeutique des suppurations pelviennes d'origine appendiculaire, tandis que VLADOFF (1898) étudiait dans la sienne les abcès appendiculaires ouverts dans la vessie et que BARNSBY, la même année, s'attachait à l'étude des rapports entre appendicite et annexite.

CHEVALIER en 1900, à la suite des travaux de ROTTER insiste dans sa thèse, sur l'importance du toucher rectal et sur les constatations qu'il permet, et préconise l'ouverture rectale des abcès pelviens et l'appendicectomie secondaire à froid.

Nous ne pouvons que citer rapidement les très nombreuses publications parues depuis sur la question ; nous nous devons de mentionner les plus importantes : celles de ROTTER, d'ARMSTRONG, de MORISON, de TURNER à l'étranger ; en France les travaux de BROCA, de PAUCHET, ceux de ROCHER, la thèse de son élève PERREAUX (1906), puis celle plus connue de SÉNÉCHAL (1908) sur les « abcès pelviens appendiculaires ». Rappelons durant toute cette période les discussions nombreuses à la *Société de Chirurgie de Paris* sur la meilleure voie d'abord et de drainage des collections pelviennes.

Dans leur remarquable ouvrage, BÉRARD et VIGNARD (1914) consacrent un long chapitre à l'appendicite pelvienne ou plutôt à « l'appendicite avec abcès à évolution pelvienne ».

L'étude des appendicites pelviennes au stade pré-suppuratif n'a guère été envisagée jusqu'alors. MORISON en 1922, attire l'attention sur elles dans un article du *Lancet* et SANTY, en 1925, à la *Société de Chirurgie de Lyon*, souligne la gravité des appendicites pelviennes considérées dans leur ensemble. MONDOR dans son traité des « Diag-

nostics urgents », SOUPAULT et SEILLÉ dans la *Revue de Chirurgie* (1930) leur consacrent de longs articles.

Depuis, notre maître Ch. MARTIN (d'Angers), HUSSENS-TEIN et FLEURY, et MÉTIVET se sont attachés à la description de la crise aiguë d'appendicite pelvienne et ont publié de très intéressantes observations, cependant que ce sujet retenait à l'étranger l'attention d'auteurs tels que BOBBIO, TORCHIANA et BRUNN.

Durant ces dernières années, quelques thèses ont été consacrées aux appendicites pelviennes : celles de MONTAGNIER (Montpellier 31-32), de CAMBORDE (Bordeaux, 34-35) et de GANNE (Toulouse, 1936).

La plupart des traités classiques de chirurgie, en France, comportent un chapitre consacré à la question qui nous occupe ; nous n'avons, à notre grande surprise, rien trouvé d'analogue dans les livres étrangers, (qu'il s'agisse de ceux de BOYD, de GIORDANO, de WALLENSTEIN) ni même dans des monographies importantes sur l'appendicite : telles que celles de BATTLE, de FOWLER, de KELLY, de SONNENBURG, etc.

PREMIÈRE PARTIE

LES APPENDICITES PELVIENNES PROPREMENT DITES

ÉTIOLOGIE

1°) FRÉQUENCE DE LA SITUATION PELVIENNE DE L'APPENDICE

Pour qu'il y ait appendicite pelvienne proprement dite, il faut, c'est affaire de définition même, que tout ou partie de l'appendice se trouve dans le petit bassin : soit que le cœcum soit lui-même en position basse, soit que le seul appendice plonge plus ou moins dans la cavité pelvienne.

La première hypothèse peut être réalisée du fait d'une exagération, lors du développement embryologique, de l'allongement du colon ascendant ; en sorte que le cœcum descend au-dessous du détroit supérieur ; il entraîne l'appendice avec lui dans le bassin, d'abord à droite, puis, si l'anomalie est plus marquée encore, vers la ligne médiane au devant du promontoire. TEFFIER et JEANNE estiment à 15 % environ la fréquence de cette situation basse du cœco-appendice. Mais cette migration en bas et en dedans du cœcum peut être également la conséquence d'une ptose acquise et d'une distension progressive chez des

constipés chroniques ou des entéro-colitiques : elle s'observe alors, bien entendu, presque uniquement chez des adultes à tissus déficients ou chez des vieillards. C'est peut-être là ce qui explique la différence existant entre les chiffres suivants :

Sur 100 cadavres d'adultes examinés par ALGRAVE, 23 fois cœcum et appendice étaient dans le bassin alors que LEGUEU ne les trouve que 14 fois sur 100 cadavres d'enfants. — Dans l'ensemble cœcum et appendice seraient pelviens dans 17 % des cas environ.

L'appendicite pelvienne, nous l'avons dit, peut s'observer alors que le cœcum est en situation iliaque moyenne, il suffit que l'appendice, en variété sous-cœcale, soit suffisamment long pour franchir le détroit supérieur.

La fréquence de la situation descendante de l'appendice est très diversement appréciée selon les auteurs : la moyenne des statistiques publiées donne un chiffre voisin de 40 % mais l'appendice ne serait alors véritablement pelvien que dans 25 % des cas environ. LAFFORGUE donne 20 % ; BARNSBY, dont les études ne portent que sur la femme : 32 % ; ROCHER, 27,5 %.

Tous ces chiffres, du reste n'ont guère qu'un intérêt relatif car il est trop évident que la position de l'appendice varie chez un même sujet selon l'état de vacuité ou de réplétion du cœcum, du grêle, de la vessie, du rectum, etc..., selon la position du sujet ; les déplacements étant eux-mêmes plus ou moins importants selon la plus ou moins grande laxité des moyens de fixation du cœco-appendice.

2°) FRÉQUENCE DE L'APPENDICITE PELVIENNE

Il est plus intéressant d'essayer de préciser la fréquence réelle des appendicites pelviennes par rapport à la totalité des appendicites. S'il faut en croire BÉRARD et VIGNARD, les chirurgiens trouveraient l'appendice en situation pel-

viennne dans 45 % des interventions pour appendicite : ce chiffre est très supérieur aux 25 % d'appendices pelviens mentionnés précédemment : aussi BÉRARD et VIGNARD en concluent-ils que cette situation de l'appendice favorise nettement son inflammation ; ils en voient l'explication dans le fait qu'alors la vascularisation et l'évacuation de l'organe sont gênées (la stagnation du contenu étant facilitée « par l'action même de la pesanteur »), et que de tels appendices sont souvent adhérents aux organes voisins plus ou moins infectés, tels que annexes ou gros intestin.

Les statistiques chirurgicales que nous avons eues en main, donnent des chiffres très éloignés de ceux cités par BÉRARD et VIGNARD : SANTY : 20 %, HUSSENSTEIN : 12 %, Ch. MARTIN : 5 %. Cela tient au fait que beaucoup d'appendices, pelviens anatomiquement, ne manifestent leur atteinte que par les signes habituels de l'appendicite en général, et que les chirurgiens, qui n'ont que des chiffres réduits, ne mentionnent comme appendicites pelviennes que celles qui ont présenté des signes cliniques pelviens nets ou ont offert des difficultés diagnostiques ou opératoires.

Nous avons, personnellement, relevé les 495 cas d'appendicites aiguës, de la pratique hospitalière du Professeur HARTMANN et nous en avons trouvé 37, soit un peu plus de 7 % où la situation pelvienne de l'appendice était notée.

3°) INFLUENCE DE L'ÂGE ET DU SEXE

L'âge ne semble pas avoir une influence très nette. Nous avons trouvé une observation d'appendicite pelvienne chez un enfant de 23 mois.

— l'une de nos observations concerne un homme de 72 ans (Obs. XVI).

D'aucuns prétendent que l'appendicite pelvienne s'observe surtout chez l'enfant : SOUPAULT et SEILLÉ, MAYET, sont de cet avis : ils invoquent pour expliquer cette fré-

quence la plus grande longueur relative de l'appendice dans le jeune âge. D'autres estiment au contraire que l'appendicite pelvienne est surtout le fait de l'adulte : ROCHER est du nombre, qui, en quatre ans, a rencontré trois cas chez l'enfant.

L'influence du sexe n'est pas plus manifeste, sauf toutefois en ce qui concerne les lésions chroniques. Tous les auteurs se trouvent d'accord pour estimer celles-ci plus fréquentes chez la femme ; le voisinage d'annexes malades étant évidemment une cause favorisante non négligeable.

4°) INFLUENCE DE LA GRAVIDITÉ

La grossesse ne semble pas constituer un facteur favorisant l'apparition de crises appendiculaires, même lorsque l'appendice est pelvien. L'ascension du cœcum commence à devenir sensible vers le quatrième mois : à partir de cette date les observations d'appendicites pelviennes deviennent beaucoup plus rares : elles se rapportent à des cœco-appendices anormalement fixés, que cette disposition soit congénitale ou secondaire à des altérations pathologiques.

5°) CAUSE DÉTERMINANTE

Quant à la cause déterminante de l'appendicite pelvienne, elle nous échappe au même titre que celle de l'appendicite en général et ce serait sortir de notre sujet que de vouloir exposer et discuter les diverses hypothèses émises.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de l'appendice lui-même n'ont dans l'appendicite pelvienne rien de spécial. Certains auteurs prétendent que les appendicites gangréneuses seraient particulièrement fréquentes ; en fait on peut trouver tous les types et tous les degrés de lésions habituellement rencontrées depuis la congestion simple ou la distension par un empyème total ou partiel jusqu'à la perforation ou la gangrène étendue de l'organe. La fréquence de la découverte de lésions gangréneuses semble due au fait que cette variété d'appendicite est en général opérée tardivement.

Plus intéressantes sont les lésions de voisinage. S'il est en effet, des cas où l'atteinte appendiculaire entraîne d'emblée une péritonite généralisée, la plupart du temps, le péritoine pelvien se défend bien et la réaction est d'abord locale : c'est dire qu'elle variera selon la situation exacte de la lésion de l'appendice. Si celui-ci est attenant à la paroi externe du pelvis il sera en rapports avec les éléments du paquet vasculo-nerveux obturateur et chez la femme avec les annexes droites (il pourra même, s'il est long, atteindre le trou obturateur) : le voisinage de ces organes et leur participation au processus inflammatoire donneront à la crise une physionomie particulière.

L'appendice peut être descendant mais plus interne se rapprochant des viscères pelviens médians ; selon alors qu'il se dirige plutôt en arrière ou plutôt en avant, c'est le rectum ou bien les organes génitaux chez la femme, ou encore la vessie qui participeront au plus haut degré à l'inflammation. S'il est très long il pourra s'insinuer entre

rectum et vessie par exemple ou derrière l'utérus et on peut le voir atteindre la trompe gauche.

Dans d'autres cas enfin l'appendice quoique descendant est presque transversal, il repose sur la symphyse sacro-iliaque droite, le promontoire et peut par sa pointe dépasser la ligne médiane, ce sont alors les anses grêles et le colon pelvien qui sont intéressés par le processus inflammatoire.

Le foyer appendiculaire peut évoluer rapidement vers la résolution, mais bien souvent il y aura extension progressive puis suppuration des lésions ; alors se trouveront constitués les abcès pelviens.

On peut schématiquement en reconnaître deux grandes variétés différentes par leur siège, les abcès hauts ou bas situés.

Si la collection se développe assez profondément dans le pelvis ce qui est le cas le plus fréquent, le colon pelvien, placé au-dessus d'elle, joue là le rôle de diaphragme qu'on lui retrouve dans les affections annexielles inflammatoires : la poche est limitée en haut par le sigmoïde et accessoirement par l'épiploon et une ou deux anses grêles, en bas par le plancher pelvien, en arrière par le rectum et en avant par la vessie ou les organes génitaux : elle va bientôt bomber dans le Douglas et le rectum ; elle a peu de tendance à la rupture dans le grand péritoine et c'est vers un viscère du bassin que le pus tend à se faire jour : en règle, il s'agit du rectum, plus rarement de la vessie. Si le pus n'est pas évacué l'abcès augmente de volume (celui-ci peut atteindre 3 litres) (Obs. Ch. MARTIN), il remonte médian ou latéral, réalisant les types d'abcès à diverticules variés, auxquels SÉNÉCHAL a donné les noms de : pelvi-hypogastrique, pelvi-iliaque, pelvi-bi-iliaque, abcès étoilé, etc. : de telles collections sont évidemment une menace sérieuse pour la grande cavité péritonéale.

Si, au contraire, la direction générale de l'appendice est proche de l'horizontale (ce qui est, par exemple le cas des appendices collés au promontoire) la collection repose en arrière sur le plan osseux, mais de tous les autres côtés,

elle est limitée par les anses grêles, agglutinées par des fausses membranes, parfois coudées ou enserrées par des brides, paralysées par l'infection.

Un tel abcès est anatomiquement pelvien, mais cliniquement et de par son mode évolutif il est abdominal et seul le point de départ appendiculaire pelvien sépare ces abcès de ceux des appendicites méso-coeliaques dont ils ne sont qu'une variété bas située.

S'il est possible de voir évoluer ces collections profondes et hautes vers le fond du pelvis il est plus fréquent de les voir rompre la fragile barrière constituée par les anses grêles unies par de faibles adhérences, ou d'assister à la survenue d'une occlusion secondaire mi-paralytique, mi-mécanique.

A côté de ces deux variétés schématiques d'abcès pelviens il en est d'autres : tels les abcès latéro-pariétaux, le long du paquet obturateur, des abcès latéro ou pré-vésicaux (qui ne sont que des formes d'abcès supérieurs de siège plus antérieur).

Nous conclurons avec BROCA que « si l'on rappelle quelles différences considérables de longueur l'appendice peut présenter d'un sujet à l'autre, on se rend compte des sièges divers où peuvent se former les abcès provoqués par la perforation de cet appendice en un point quelconque de son trajet ».

L'exposé que nous venons de faire des lésions et de leur situation nous permet d'expliquer certaines anomalies apparentes de la symptomatologie des appendicites pelviennes.

L'atteinte appendiculaire se manifeste par des douleurs. Les auteurs anglo-américains insistent sur le début péri-ombilical ou épigastrique bas de toute crise d'appendicite, la douleur iliaque droite (dans l'appendicite iliaque) n'apparaissant que secondairement. Nous avons relu un grand nombre d'observations d'appendicites aiguës et avons vé-

rifié nous-même la réalité du fait, dans un très grand nombre de cas.

CIMINATA, reprenant la théorie de BRUNNING, pense que « la douleur viscérale est rapportée au plexus coeliaque, quel que soit le siège du viscère malade et que c'est seulement la participation du péritoine pariétal qui fait apparaître la douleur dans la zone dans laquelle repose réellement le viscère ».

Ainsi la douleur péri-ombilicale du début serait une douleur viscérale d'origine appendiculaire, que le stimulus originel, au niveau de l'appendice ou de son méso, soit une contraction spasmodique de la musculature lisse, la distension par un corps étranger, des troubles de la circulation sanguine, des étirements, torsions, compressions, etc... C'est la même douleur qui apparaît lors de la ligature d'un méso-appendice non infiltré lorsque l'on intervient à l'anesthésie locale ; c'est aussi la douleur qu'a notée CHEVALIER, dans une de ses observations à la pression d'un appendice perçu par le toucher vaginal.

Cette douleur initiale peut par voie réflexe amener la production de nausées et vomissements ou l'apparition de douleurs généralisées à tout l'abdomen, encore que, pour beaucoup d'auteurs, les vomissements soient un signe d'atteinte péritonéale (les appendicites rétro-cœcales vomissent peu).

A son début, elle ne sera ressentie, dans certains cas, que sous la forme de coliques légères, croissant peu à peu d'intensité, tandis que, d'autres fois, le début des algies sera brutal : cette différence peut tenir à la diversité des états biologiques qui ont provoqué la douleur (nous les avons énumérés) ou encore à des seuils différents de la conscience permettant à certaines personnes de ne percevoir les stimulations productrices d'algies que lorsqu'elles ont atteint une certaine importance quantitative ; ce qui ferait disparaître, pour elles, la phase prodromique des douleurs atténuées.

Quoi qu'il en soit, cette douleur initiale passe, en cas d'appendicite banale, rapidement au second plan, tan-

dis qu'apparaît, puis domine, la douleur iliaque droite.

Que celle-ci manque, comme ce peut être le cas dans les appendicites pelviennes, nous assisterons au développement de la seule douleur péri-ombilicale ; nous la verrons, après une période où elle croît d'intensité (24 heures environ) atteindre un maximum, puis diminuer et disparaître. Certes, cette disparition peut être le fait d'une résolution rapide de la crise, mais elle peut résulter d'une gangrène de l'appendice ; ainsi : entre le moment de la destruction des filets nerveux récepteurs de l'appendice et la perforation de l'organe inoculant la cavité péritonéale, le sujet ne souffre plus ; c'est là tout le tableau de la classique « accalmie traîtresse ». Durant cette rémission trompeuse, seules persistent les autres manifestations, soit pelviennes, soit de paralysie intestinale, dues à l'atteinte des viscères avoisinants.

Les douleurs iliaques droites de l'appendicite banale seraient, avons-nous dit, dues à l'extension de l'inflammation au péritoine pariétal ou au tissu sous-péritonéal (BURGESS).

Si la lésion appendiculaire siège profondément dans le pelvis, il n'y aura comme phénomènes douloureux, mis à part la douleur initiale péri-ombilicale, que ceux dus à l'extension des lésions aux organes et aux viscères pelviens, jusqu'au moment où surviendra, si elle doit survenir, l'atteinte du grand péritoine.

Si l'appendice, presque horizontal, se porte en dedans, mais aussi en arrière, il y aura réaction douloureuse du péritoine, à la partie basse et interne de la fosse iliaque droite, dans la région hypogastrique, voire même dans certains cas à la partie interne de la fosse iliaque gauche. Les rapports que contracte alors l'organe avec les dernières anses iléales, expliquent aisément les phénomènes intestinaux importants que l'on peut alors observer. L'irritation péritonéale, que traduit la douleur, explique l'existence de la contracture musculaire aux mêmes points (loi de Stokes), sans qu'il soit besoin pour cela de

recourir à l'intervention d'un réflexe viscéro-moteur, comme le veut la théorie de MACKENZIE.

En réalité, les phénomènes douloureux viscéraux sont encore beaucoup plus complexes et il n'est que de relire les rapports du dernier *Congrès de Neurologie* pour se faire une idée de notre ignorance en beaucoup de points : le nombre des hypothèses explicatives émises étant la meilleure preuve qu'aucune d'elles ne satisfait pleinement.

Nous ne prendrons qu'un exemple, celui des douleurs à gauche dans l'appendicite pelvienne, phénomène fréquent et sur lequel nous aurons maintes fois l'occasion de revenir. La théorie exposée par CIMIXATA les explique lorsqu'elles coexistent avec une lésion appendiculaire située à gauche (inversion viscérale, appendice très long, malade de la pointe, ou lorsqu'il y a eu formation d'un abcès à gauche ou même lorsqu'il y a réaction péritonéale généralisée, les lésions étant maxima du côté gauche. Mais il est des cas où aucune de ces conditions n'est réalisée et BURCKARDT soulève dans ces cas l'hypothèse d'une lymphangite rapidement extensive partie de l'appendice.

En conclusion de cet exposé, nous ne pouvons qu'insister à nouveau sur l'extrême variabilité de sièges des lésions appendiculaires pelviennes : il en résulte des différences importantes dans le mode et l'intensité de réaction de la paroi abdominale et des viscères abdomino-pelviens et par voie de conséquence une extrême diversité des tableaux cliniques réalisés.

ÉTUDE ANALYTIQUE DES SYMPTOMES

La diversité symptomatologique des appendicites pelviennes nous oblige à étudier les uns après les autres les principaux signes de l'affection.

ANTÉCÉDENTS — TROUBLES PRÉMONITOIRES

La crise appendiculaire pelvienne peut survenir chez un sujet ayant présenté antérieurement des symptômes nets d'appendicite chronique, ou même chez un sujet se sachant porteur de cette affection. C'est dire l'aide que peut alors apporter au diagnostic l'interrogatoire et la recherche des antécédents pathologiques. Malheureusement (et c'est surtout vrai pour les appendicites pelviennes du fait de la situation particulière de l'appendice) les troubles chroniques revêtent souvent des aspects qui risquent de ne pas être très évocateurs d'une atteinte du vermix.

D'autres fois, la crise actuelle aura été précédée d'accidents douloureux aigus avec nausées, vomissements et fièvre ; l'intérêt de ces petites crises antérieures réside dans le fait que le processus inflammatoire a pu alors donner lieu à l'apparition de symptômes beaucoup plus évocateurs d'appendicite que ne le seront les troubles actuels : il est fréquent de voir un malade atteint d'appendicite pelvienne avoir présenté antérieurement une ou plusieurs crises iliaques droites (Obs. VI).

Bien souvent, on ne trouve dans les antécédents des malades que des troubles digestifs assez vagues : constipation habituelle, alternatives de diarrhée et de constipa-

tion, états dyspeptiques variés, etc... ; et s'il est des cas où ces manifestations ont pu s'exagérer dans les jours qui ont précédé la crise, c'est, plus fréquemment encore, de façon inopinée que celle-ci survient.

— LE DÉBUT : C'est la douleur, qui est, en général, le premier symptôme.

Tantôt elle s'installe de façon rapidement progressive ; tantôt et, ce nous semble le cas de beaucoup le plus fréquent, elle est d'apparition brutale, péri-ombilicale ou en barre épigastrique, diffusant rapidement à tout l'abdomen pour se localiser ensuite.

Parfois pourtant, elle paraît dès le début être localisée au bas-ventre : à la région sus-pubienne, ou même à droite, exceptionnellement à gauche (Obs. de LANCE, Soc. Anat., 1902).

Cette douleur initiale est d'intensité variable : elle peut être atroce, en coup de poignard, aller même jusqu'à la syncope. Elle est accompagnée, c'est la règle, de nausées, de vomissements, d'une ascension modérée de la température, parfois déjà de signes pelviens manifestes, qui peuvent, du reste, être les premiers en date.

C'est en somme, et nous ne saurions trop y insister, le début à quelques variantes près d'une crise d'appendicite banale. Si la crise ne tourne pas court, le tableau clinique se complète.

— LA DOULEUR SPONTANÉE :

Siège : Dans l'appendicite pelvienne, la douleur spontanée peut avoir les sièges les plus variés.

De péri-ombilicale, ou d'épigastrique qu'elle était, la douleur tend, en général, à se localiser en un point de l'abdomen. Il peut s'agir de la fosse iliaque droite dans une région avoisinant le point de Mac Burney ; assez souvent pourtant, un peu plus bas située, se rapprochant

plus ou moins de l'arcade crurale. Nous savons qu'il est habituel de dire que l'appendicite pelvienne ne donne pas de signes iliaques droits ; c'est là une exagération manifeste, destinée, peut-être, dans l'idée de ceux qui l'ont proférée, à frapper mieux l'imagination ; un grand nombre des malades dont nous avons étudié les observations, qu'il s'agisse d'observations déjà publiées ou des nôtres propres, présentait des douleurs iliaques droites alors qu'il s'agissait d'appendicites pelviennes certaines.

Cependant, la douleur accusée par le malade siège souvent dans la région hypogastrique : soit un peu à droite, vers la partie interne du canal inguinal, soit franchement médiane au-dessus du pubis, soit même à gauche. Elle peut occuper tout le « bas-ventre » débordant de chaque côté sur la partie interne des deux fosses iliaques.

Nous insisterons sur *les douleurs à gauche*, car pour beaucoup de médecins, hors le cas de l'exceptionnelle inversion viscérale, elles sont incompatibles avec le diagnostic d'appendicite. C'est une disposition d'esprit des plus préjudiciables aux malades car, en réalité, il s'agit là d'un siège fréquent des douleurs de l'appendicite pelvienne. Qu'elles existent isolément ou qu'elles soient associées à des douleurs à droite (BADOLLE), les douleurs à gauche ont déjà été signalées dans les observations de VANVERTS (thèse de BARBET, 1898), de LANCE (1902), de CHEVALIER, qui dans sa thèse (1900), les trouve dans 7 cas des 65 qu'il a étudiés ; elles ont fait depuis l'objet de maintes publications et ont frappé l'attention de nombreux chirurgiens, notre Maître M. le Professeur agrégé OKINCZIC et le Professeur HARTMANN, entre autres. BRUNN va même jusqu'à prétendre que c'est le siège le plus fréquent de la douleur spontanée et que, pour lui, la douleur gauche est immédiatement évocatrice d'appendicite pelvienne.

À propos d'un cas rapporté par HEITZ-BOYER à la *Société de Chirurgie* (18 juin 1924), une discussion s'était ouverte et notre Maître, le Docteur Ed. MICHON, avait insisté, lui aussi, sur le fait que la douleur à gauche associée au té-

nesme et à la dysurie devaient faire penser à l'appendicite pelvienne.

Cette localisation de la douleur nous a paru en relation constante avec un siège pelvien haut et postérieur de la lésion appendiculaire : ce semble un signe des appendicites du promontoire.

Bien entendu, *d'autres localisations douloureuses* ont été signalées, elles sont beaucoup plus rares ; qu'il s'agisse de douleurs sous-hépatiques, de douleurs de l'hypocondre gauche (Obs. de ROUTIER, de MORENO), de douleurs rétro-pubiennes (CHEVALIER), etc...

Nous ne dirons qu'un mot des diverses *irradiations* possibles. Nous avons déjà dit que très souvent la douleur initiale irradiait à tout l'abdomen ; en l'absence de toute localisation secondaire, ces douleurs généralisées peuvent persister durant la crise. On peut observer des irradiations vers la racine des membres inférieurs (BOBBIO), vers la jambe droite, vers les régions lombaires ; des irradiations uréthrales, rectales ; chez l'homme, la douleur peut s'étendre vers les testicules et l'extrémité de la verge, chez la femme, vers le vagin et la vulve.

Intensité. — L'intensité de la douleur spontanée n'a rien de particulier à l'appendicite pelvienne. S'il est classique de la dire dans cette forme souvent modérée, dans plusieurs de nos observations, la douleur était extrêmement vive.

Signalons pourtant qu'elle peut être très discrète, à tel point qu'on a pu la dire absente dans certains cas très rares.

Nous avons déjà dit qu'il était fréquent d'assister au bout de 24 à 48 heures, à une rémission des phénomènes douloureux, alors que l'inflammation continuait à progresser.

Modalités. — De même que le siège et l'intensité, le mode de la douleur est très variable et sans intérêt : coliques, crampes douloureuses, etc...

— NAUSÉES ET VOMISSEMENTS :

Les nausées sont pour ainsi dire constantes au cours de la crise aiguë pelvienne et dans la majorité des cas, les vomissements ne manquent pas : d'abord alimentaires, puis bilieux, leur survenue est souvent provoquée par des ingestions médicamenteuses. Ils ne persistent guère, en général, sont assez peu nombreux, leur ténacité et leur caractère porracé sont, en règle habituelle, un signe d'évolution sérieuse des lésions et traduisent ordinairement l'extension progressive de la péritonite.

— TROUBLES INTESTINAUX :

Dans la majorité des cas, il y a, parallèlement aux phénomènes précédents, arrêt des matières et paresse ou même arrêt quasi-absolu des gaz ;

Dans d'autres cas, au contraire, il y a dès le début de la *diarrhée* et ce symptôme est encore un de ceux qui tendent, communément à faire écarter le diagnostic d'appendicite ! Il s'agit pourtant d'une éventualité non exceptionnelle dans l'appendicite et surtout dans la forme pelvienne. Cette diarrhée peut persister durant l'évolution de la maladie, mais fréquemment elle cède secondairement le pas aux phénomènes de sub-obstruction intestinale.

— SIGNES PELVIENS :

Ils sont à peu près constants dans les appendicites pelviennes vraies.

— SIGNES RECTAUX :

Il peut s'agit de signes rectaux. Ils sont très fréquents, surtout lorsque l'appendice est très bas situé dans le pelvis ; CHEVALIER les note 15 fois sur 65 cas. Ces signes, nous l'avons vu, peuvent être les premiers en date et précéder les douleurs. Ils consistent en envies impérieuses

d'aller à la selle avec faux besoins, pouvant aller jusqu'à un véritable ténésme rectal ; d'autres fois, il s'agit simplement de douleurs à l'émission des gaz ; d'une sorte de diarrhée par irritation recto-sigmoïdienne, l'expulsion de glaires est, en général, plus tardive.

— SIGNES URINAIRES :

Plus importants et plus fréquents encore sont les symptômes urinaires. Ils peuvent être associés aux précédents ou exister isolément. Chez la femme, l'appendice est souvent séparé de la vessie par les ligaments larges et les signes vésicaux sont ainsi plus rares chez elle que chez l'homme.

À l'encontre des signes rectaux, dont la valeur symptomatique est souvent méconnue, les signes urinaires ont l'avantage d'attirer l'attention du malade et du médecin : pour peu qu'ils soient intenses, ils risquent même d'égarer le diagnostic.

Pourtant, ils peuvent n'être qu'estompés dans un tableau clinique assez bruyant par ailleurs et risquent alors de passer inaperçus si l'on n'a soin de les rechercher systématiquement en présence de toute crise aiguë de type appendiculaire.

Il peut s'agir de douleurs vésicales ; ce sont là les faits les plus rares ; beaucoup plus souvent il s'agit de dysurie : le malade éprouve de la difficulté à uriner, cette dysurie s'accompagne en règle, de douleurs, de brûlures surtout marquées à la fin de la miction.

D'autres fois, le symptôme dominant est la pollakiurie : un malade de Warrick urinait toutes les 30 minutes la nuit comme le jour ; fréquentes aussi sont les envies impérieuses d'uriner pouvant aller jusqu'à un véritable ténésme vésical.

À l'inverse, on peut observer de la rétention d'urine : on l'a vu fréquemment apparaître comme première manifestation de la crise appendiculaire, encore que cer-

tains auteurs prétendent qu'elle ne surviendrait qu'une fois l'abcès constitué.

Ces symptômes urinaires peuvent s'accompagner d'une très légère hématurie décélable au microscope et qui serait pour BRUNN le témoin d'une irritation urétérale.

— SIGNES GÉNITAUX :

De moindre fréquence et de moindre intérêt sont les signes génitaux.

Si la crise appendiculaire pelvienne peut être déclenchée, chez la femme, par la poussée congestive menstruelle, inversement la crise pelvienne appendiculaire peut amener un retentissement génital : au moindre degré, il s'agit de douleurs utérines pouvant s'accompagner de contractions, ce que nous verrons survenir surtout durant la grossesse ; de nombreux auteurs ont signalé la possibilité de pertes sanguines, parfois même de pertes assez importantes : l'intérêt de ces faits réside surtout dans les erreurs de diagnostic qu'ils sont susceptibles de faire commettre.

SIGNES GÉNÉRAUX

Contrairement aux signes fonctionnels constamment présents : (douleurs, nausées ou vomissements, troubles intestinaux), ou fréquents, (les signes pelviens), les signes généraux présentent des variations considérables d'un cas à l'autre.

— LA TEMPÉRATURE :

Elle est très souvent sub-normale au début, du moins peu élevée ; ce n'est guère que dans les secondes 24 heures que l'on assiste à son ascension graduelle, mais dans l'ensemble plutôt modérée.

D'ALLAINES, ARMSTRONG, BRUNN, et la plupart des auteurs, insistent sur le caractère modéré de l'élévation ther-

mique : dans les observations que nous avons relevées, nous avons souvent trouvé la température comprise entre 38 et 39°.

Dans certains cas, elle est restée quasi-normale pendant presque toute la durée de l'évolution : l'observation de LANCE, à laquelle nous avons déjà fait allusion, comporte une température de 37°9, au moment de la perforation de l'appendice.

C'est surtout lorsque la température est vraiment élevée que l'on observe des *frissons*. En général il s'agit plutôt de frissonnements, les grands frissons sont rares dans l'appendicite pelvienne, comme dans l'appendicite en général, et sembleraient plutôt impliquer un pronostic sévère.

— LE POULS :

Il a évidemment, comme dans tout syndrome abdominal aigu, une importance capitale. Il est ordinairement rapide et bien frappé, son accélération est généralement parallèle à l'élevation de la température. Il peut, néanmoins, être dissocié : s'il est plus rapide que ne le comporte le degré de fièvre, il est l'indice ou d'une toxicité particulière de l'infection ou de la survenue d'une complication. Pourtant, il est des cas où c'est la température qui mériterait l'épithète de « dissociée », le pouls étant alors le témoin fidèle de l'infection que ne traduit pas le degré anormalement bas de la fièvre. Tel est, par exemple, le cas du malade suivant, exposé par BROCA :

— Un garçon de 15 ans est pris le 21 janvier 1898, à 11 heures, de douleurs avec nausées et vomissements. La fièvre est à 36, le pouls à 100. Le lendemain soir, à 18 heures, la température n'était que de 37°7, mais le pouls était à 130.

Cette dissociation des deux éléments : température, pouls, incite Broca à intervenir : l'appendice était perforé dans un abcès à pus très fétide siégeant au niveau du promontoire.

A l'opposé, le pouls peut être dissocié par ralentissement, ce fait, bien connu, n'est pas spécial aux appen-

dicites pelviennes, et serait dû, croit-on, à une irritation du pneumogastrique ; il s'observe surtout chez l'enfant.

— LA NUMÉRATION GLOBULAIRE :

Elle est pour les auteurs américains et pour beaucoup de chirurgiens français, un des facteurs les plus importants et aussi les plus simples de diagnostic. En règle générale, il y a hyperleucocytose : le chiffre des globules blancs atteint 15 à 20.000 dans les cas moyens ; il peut s'élever à 30.000 et même davantage. Mais, même dans des formes où l'évolution s'est révélée ultérieurement sévère, on a pu le trouver anormalement bas : 8.000 par exemple. Il importe de remarquer que dans ces cas, la proportion des polynucléaires est très élevée : en sorte que l'hyperpolynucléose semble avoir plus d'intérêt encore et être plus fidèle que l'hyperleucocytose.

— LE TEMPS DE SÉDIMENTATION DES HÉMATIES :

Pour certains auteurs, le temps de sédimentation aurait une valeur considérable pour le diagnostic. Il serait normal dans l'appendicite, tant qu'il n'y a ni abcès constitué, ni péritonite généralisée ; au contraire, dans les inflammations pelviennes non appendiculaires, dans les salpingites notamment, il serait augmenté de façon importante : on conçoit l'intérêt diagnostique que pourrait avoir cette recherche : BRUNN en cite dans son travail quelques cas saisissants. Malheureusement, la valeur diagnostique de cette épreuve n'est pas admise par tous les auteurs, loin s'en faut, et CATTANEO, par exemple, affirme que dans les appendicites, comme dans toutes les infections, le temps de sédimentation évolue parallèlement à la leucocytose et la polynucléose sanguines.

Tous les signes, que nous venons d'étudier, ont certes bien leur valeur, mais c'est néanmoins sur les résultats de l'examen physique que sera basé le diagnostic.

SIGNES PHYSIQUÉS :

— *Le comportement général* du malade a, bien entendu, un gros intérêt. Là encore, il n'est pas deux cas comparables. Certains malades viennent à pied à l'hôpital (malade de DESJACQUES par exemple), d'autres continuent à travailler : un malade de MORISON vague les deux premiers jours à ses occupations et ne consulte que le troisième jour au moment de la perforation qui va l'emporter. D'autres malades, au contraire, sont, en quelque sorte, terrassés par leur crise. Il est certain que l'importance subjective de l'élément douleur joue dans la façon d'être des malades le rôle principal.

L'observation du *faciès* revêt indiscutablement une grosse importance. Un visage anxieux, aux traits tirés, aux yeux cernés, a pu constituer à lui seul, une indication suffisante d'intervention immédiate : tel fut le cas pour deux malades d'ARMSTRONG « dont le pouls et la température étaient normaux et l'état abdominal peu alarmant ».

L'état *saburral* des voies digestives est de règle, la sécheresse des muqueuses et des lèvres coïncide fréquemment avec la dissémination de l'infection.

Le *subictère*, seul ou associé à la présence de sang dans les vomissements, est, comme dans toute appendicite, l'indice d'une toxicité particulière.

Les *urines* sont habituellement diminuées de quantité, hautes en couleur. L'urobilinurie et la présence de pigments biliaires sont les témoins d'une altération de la cellule hépatique.

Nous en venons maintenant à l'examen de l'abdomen et du bassin.

— *Douleur provoquée et contracture* : La douleur provoquée et la contracture sont les deux signes essentiels au diagnostic de l'appendicite en général. Aussi, allons-nous

insister sur eux. Nous les réunissons parce que, le plus souvent, ils vont de pair et nous éviterons ainsi des redites inutiles : si l'un d'eux vient à manquer, c'est le plus souvent la contracture qui fait défaut.

Beaucoup d'erreurs de diagnostic sont dues à ce que, ces deux signes, dit-on, manquent dans l'appendicite pelvienne. Il est certain que, dans nombre de cas, la région du Mac Burney est indolore au palper et parfaitement dépressible : presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Est-ce à dire qu'il n'y a ni point douloureux, ni défense musculaire ? Evidemment non : ces signes existent, mais il convient de les rechercher là où ils se trouvent et de se souvenir, en outre, que ces appendicites éloignées de la paroi antérieure, ne donnent pas nécessairement des signes d'une netteté comparable à ceux des appendicites iliaques.

La chose importante est la constatation de l'existence d'un point douloureux fixe, ou d'une région douloureuse, toujours la même, où la paroi se défend avec plus ou moins d'intensité : cette défense doit être appréciée par comparaison avec les régions voisines, et s'accompagne souvent d'un certain degré d'immobilité respiratoire de la paroi.

Il en est de la douleur provoquée comme de la douleur spontanée ; il est abusif de déclarer qu'il n'y a pas dans l'appendicite pelvienne de signes objectifs dans la fosse iliaque droite ; ils y existent bien dans bon nombre de cas, mais sont localisés plus bas que dans l'appendicite banale ; plus ou moins près de l'arcade crurale ; ils sont souvent discrets, se limitant à l'existence d'un point douloureux maximum et fixe au palper profond et d'un certain degré de résistance pariétale.

Mais ce sera souvent plus en dedans et plus bas vers la région hypogastrique, que l'on découvrira des signes, en général, encore plus atténués : sensibilité anormale ou impression pénible à la pression, manque de souplesse de la paroi, avec parfois déjà, si le début de la crise est plus ancien, l'impression d'empâtement profond et sen-

sible. L'observation suivante, que nous empruntons à l'exposé de BRUNN, illustre assez bien quelques-uns des points sur lesquels nous avons jusqu'ici attiré l'attention :

— Infirmière de 24 ans, entrée le 8 décembre 1935.

Une crise douloureuse iliaque droite, il y a un an, une seconde, il y a six mois.

Début le 7 l'après-midi : douleur abdominale basse des deux côtés, nausées, vomissements. Dans la nuit, 5 selles diarrhéiques, envies impérieuses.

Le 8 au matin : mieux-être, elle retourne à son travail.

Persistance néanmoins de la douleur et de la diarrhée qui augmentent bientôt, l'obligeant à entrer.

A l'entrée : température à 37 ; pouls 100 ; abdomen souple, mais sensibilité à la pression profonde des deux côtés du bas abdomen. Pas de toucher de fait par l'interne qui pose le diagnostic de gastro-entérite. Numération 18.000 leucocytes, 91 % de poly.

Le 9 : température à 39°4, pouls 120. La diarrhée a cessé dans la nuit et la malade restera constipée durant le reste de sa maladie, contracture et sensibilité au toucher rectal. Légère brûlure à la miction.

L'intervention montre un appendice pelvien gangrené et perforé (BRUNN, *Surg. Gyn. obst.*, 1936, vol. 63, n° 5).

On peut parfois, en palpant au-dessus du pubis et en faisant faire à la malade une inspiration profonde, réveiller une douleur vive, que la malade localise derrière la vessie (SOLPAULT et SEILLÉ). Assez souvent, pour HUSENSTEIN, il existerait une zone douloureuse avec défense plus ou moins nette à deux travers de doigts au-dessus du pubis, un peu au-dessous d'un point de LANZ gauche.

Il convient de rapprocher de la douleur provoquée par le palper, la douleur à la décompression sur laquelle nous n'insisterons pas.

Les autres signes tirés de l'examen de l'abdomen n'ont qu'une valeur accessoire : il existe toujours un certain degré de parésie intestinale, lequel se traduit par un météorisme plus ou moins accentué. Contrastant avec ce météorisme, on peut parfois, par une percussion soigneuse, mettre en évidence et délimiter même approximativement, des zones de submatité correspondant au

foyer inflammatoire, pour peu que celui-ci ait acquis un volume suffisant. Nous avons été frappés de la précision obtenue parfois par la percussion soigneuse dans les plus anciennes des observations que nous avons étudiées et de l'aide qu'elle a pu apporter en certains cas au diagnostic.

Le toucher rectal : Il est sans conteste, l'examen capital, et c'est à ROTTER que revient le mérite d'y avoir insisté, l'un des premiers. Il est classique de dire que l'on doit le faire systématiquement dans toute crise appendiculaire et même dans tout syndrome abdominal aigu : c'est là la théorie..., la pratique est différente ; bien peu d'étudiants, au cours de leur scolarité, ont appris à le pratiquer et il est bien à craindre qu'il n'en soit ainsi malgré les objurgations orales ou écrites réitérées, tant que cet examen ne sera pas systématiquement exigé dans toute observation de malade, au même titre que l'examen des urines ou la prise de la tension artérielle.

En effet, ce qu'il faudrait exiger du médecin-praticien, certains chirurgiens eux-mêmes ne le font pas... du moins en Amérique ! GOODMAN raconte (*Méd. Rec.*, 15 avril 1936), l'histoire d'un de ses amis chez lequel il diagnostique une crise d'appendicite : le médecin de famille parle de colique néphrétique et le jeune homme ne se fait pas opérer. Six mois plus tard, reprise d'accidents aigus. GOODMAN fait un toucher rectal et affirme l'appendicite pelvienne. Deux consultants des plus célèbres appelés alors, méconnaissent le diagnostic, faute d'avoir fait le toucher rectal : l'intervention immédiate montre l'appendice pelvien et gangréné.

Il importe naturellement de ne pas pratiquer le toucher rectal par manière d'acquit de conscience, mais avec toute l'attention désirable en se mettant dans les meilleures conditions d'examen. Quels sont alors les résultats que peut donner le toucher ? A condition, ainsi que le dit MONDOR, « de le conduire haut, jusqu'où doit être la réponse, au Douglas, c'est là, contre la paroi rectale an-

térieure, en haut et à droite que le péritoine, plus ou moins muet pendant l'examen du ventre, laisse vérifier l'hyperesthésie, la douleur vive, certains ont même dit, la contracture ».

En certains cas, il existe déjà un véritable empâtement très sensible, mal limité. Il est des fois où l'on a pu percevoir, au travers de la paroi rectale, l'appendice lui-même, exquisément douloureux.

Les renseignements donnés par le toucher sont évidemment beaucoup plus nets en cas de situation basse du foyer inflammatoire ; les foyers pelviens haut situés sont plus difficilement accessibles ; il importe donc de ne pas conclure après un examen rapide à la négativité du toucher, mais de combiner celui-ci au palper hypogastrique, une fois prises les précautions usuelles, sondage de la vessie, surélévation du bassin. Si malgré tout, un tel examen se révèle négatif ou peu démonstratif, il importe de le renouveler, BRUNN n'hésite pas à dire de le répéter une à deux fois par jour au minimum.

Le toucher vaginal : Chez la femme, le toucher vaginal peut, dans une certaine mesure, suppléer le toucher rectal et peut-être faut-il voir là une explication possible de la moindre mortalité des appendicites pelviennes chez la femme (plus de moitié moindre dans nos observations).

Il peut, en effet, comme le toucher rectal, mettre en évidence la souffrance du Douglas, sa contracture ou son empâtement. Il a de plus l'intérêt de renseigner sur l'état de l'utérus et des annexes (déplacement possible du col, difficultés de perception du fond ou de mobilisation du corps de l'utérus) et par suite, de préciser leurs rapports avec le foyer ou leur participation à la constitution du plastron appendiculaire pélvien.

Ajoutons pour terminer que, d'après KOBRAK, la pression au toucher, sur la membrane obturatrice, provoquerait une vive douleur : ce signe qu'il dénomme « signe de l'obturateur » serait particulièrement précoc, apparaissant avant la douleur du Douglas.

ÉVOLUTION

Nous avons vu qu'après un début brutal, plus rarement rapidement progressif, les divers symptômes de la crise se précisaient : le tableau clinique est nettement réalisé au bout de 24 heures environ.

Il peut ne s'agir que d'une crise très passagère : la classique colique appendiculaire, qui peut, du reste, être le point de départ (apparent tout au moins) d'une évolution chronique ultérieure.

RÉSOLUTION

D'autres fois, quoique plus importante, la crise entre au bout de quelques jours en résolution : les vomissements n'ont été que passagers, la douleur diminue peu à peu d'intensité, la constipation cède, cependant que la température baisse et que les signes locaux s'atténuent. Le toucher rectal quotidien, les études répétées de la leucocytose sanguine permettent de suivre l'évolution favorable.

DIFFUSION

Dans d'autres cas, au contraire, et c'est le gros danger des appendicites pelviennes méconnues, il y a diffusion de l'infection. Celle-ci est assez souvent précédée d'une sorte d'accalmie : les vomissements du début ne se sont plus reproduits dès le second jour, les douleurs se sont atténuées et pour peu que la température n'ait pas été très élevée ou qu'elle ait même un peu baissé, le malade, qui

se sent mieux, reprend travail et alimentation et la perforation appendiculaire survient brutale et inattendue.

Cette évolution se retrouve typiquement dans l'observation suivante qui nous est personnelle :

OBSERVATION I. — *CH... Charles*, 37 ans. Entré l'après-midi du 9 juillet pour appendicite. Début de la crise la veille par des douleurs bas situées dans la fosse iliaque droite et un vomissement.

A son entrée, il ne souffre plus, n'a pas revomi, n'a pas de signes urinaires. La température est de $37^{\circ}2$, le pouls à 70. C'est à peine si nous l'examinons, tant le cas paraît bénin. Le ventre est souple, à peine un point douloureux bas dans la fosse iliaque.

Cinq heures plus tard : douleur brutale, atroce, frisson, ascension thermique à $39^{\circ}5$, contracture généralisée.

L'intervention, deux heures plus tard, montre (Mac Burney agrandi vers le bas) du pus en abondance dans l'abdomen, un cœcum pelvien avec, derrière lui, un abcès dans lequel se trouve un appendice perforé, énorme (Mikulicz).

Guérison (cure secondaire de l'éventration).

Il est bien vraisemblable que ce malade eût présenté des signes nets au toucher rectal, si nous l'avions fait durant la période d'accalmie apparente.

D'autres fois, c'est après quelques jours d'une crise qui ne paraissait pas grave, pour laquelle on avait porté un pronostic favorable, que se manifeste subitement la diffusion péritonéale. Même opérés, ces cas sont d'un pronostic sombre et bien souvent après une sorte d'amélioration qui succède à l'intervention, le malade, bien que ne vomissant plus et rendant parfois quelques gaz, se ballonne de plus en plus, cette distension abdominale n'étant que la manifestation la plus apparente de la péritonite, qui continue à évoluer, rapidement fatale.

SUPPURATION : LES ABCÈS PELVIENS.

Enfin, bien souvent, la crise d'appendicite, si on la laisse évoluer, va aboutir à la suppuration.

Après une amélioration très passagère des signes fonctionnels et généraux, cette éventualité s'annonce vers le

quatrième, cinquième jour pour une réascension thermique progressive avec accélération parallèle du pouls. La courbe de température prend une allure, d'abord irrégulière, puis, plus nettement oscillante. Les poussées thermiques s'accompagnent de petits frissons, le malade devient insomniaque, perd forces et appétit, ressent une impression de malaise général, son faciès s'altère ; il prend peu à peu l'allure d'un suppurant ; d'autre part, les vomissements reprennent de temps à autre, la constipation et le météorisme s'exagèrent pour céder la place à une diarrhée abondante, les signes vésicaux s'exagèrent ou reparaissent : dysurie de plus en plus accentuée, voire rétention ; l'hyperleucocytose sanguine augmente peu à peu et s'accompagne de forte polynucléose.

L'*abdomen* est ballonné, distendu surtout dans sa moitié sous-ombilicale, il ne respire pas. Les renseignements fournis par le palper peuvent être minimes si l'abcès est bas situé, ce qui est le cas le plus fréquent. Si l'abcès a un siège plus élevé : les signes abdominaux sont plus nets ; un examen soigneux permet souvent de mettre en évidence une tuméfaction située à la partie la plus basse et la plus interne de la fosse iliaque ou dans la région hypogastrique, tuméfaction submate, à limites souvent encore imprécises, douloureuse au palper, pouvant en imposer, si elle est médiane, pour une grosse vessie.

Mais c'est *le toucher* qui, là encore, permettra d'affirmer le diagnostic : il montre, au-dessus de la prostate, chez l'homme, une saillie plus ou moins volumineuse, bombant au travers de la paroi antérieure du rectum, saillie sur laquelle glisse la muqueuse rectale et que le palper combiné au toucher permet parfois de sentir continuée par une tuméfaction qui emplit une partie plus ou moins notable du pelvis. Cette saillie s'avère douloureuse à la pression — d'abord dure, elle devient ensuite rénitente.

ÉVOLUTION DES ABCÈS PELVIENS

Refroidissement. — Même à ce stade avancé, les foyers pelviens peuvent guérir par le repos, la diète, la glace et la vaccinothérapie, et l'abcès, après avoir paru grandir, après s'être étalé, peut rétrocéder et disparaître, en suivant en sens inverse les diverses phases qui avaient marqué sa croissance : BÉRARD et VIGNARD donnent l'observation d'un jeune garçon de 14 ans qui présenta, un moment, une grosse masse pelvienne avec tuméfaction des deux fosses iliaques et qui refroidit parfaitement.

Cependant cette rétrocession des phénomènes de suppuration pelvienne ne se fait pas toujours d'une façon aussi progressive et régulière, elle peut être entrecoupée de retours inflammatoires offensifs ; l'évolution peut en être, de ce fait, des plus traînantes ; encore risque-t-elle d'être compliquée de phénomènes toxiques secondaires (subictère, diarrhée, etc...) ou d'accidents occlusifs sur lesquels nous aurons à revenir.

Bien souvent l'intervention, pratiquée ultérieurement, montrera la persistance d'une petite poche de pus aux environs de la lésion de l'appendice.

Accroissement. — Dans la plupart des cas, l'abcès pelvien, s'il n'a pas causé d'accidents dramatiques, tend à croître de volume et en l'absence d'intervention à s'ouvrir spontanément.

L'accroissement de volume de l'abcès s'accompagne d'une atteinte progressive de l'état général, d'un amaigrissement considérable, d'une courbe thermique désarticulée avec grands frissons.

Localement, la tuméfaction devient, par son pôle supérieur, nettement accessible au palper abdominal ; tandis qu'au toucher elle envahit le bassin, déplaçant les viscères pelviens. C'est alors que se trouvent réalisés les grands abcès décrits par SÉNÉCHAL, dans sa thèse, sous les noms imagés d'abcès pelvi-hypogastriques, pelvi-bi-

iliaques, abcès étoilés, etc... Nous n'entreprendrons pas de décrire ces diverses sortes d'abcès, nous ne dirons qu'un mot d'une forme particulière : l'abcès à gauche. NATHER et OCHSNER l'ont retrouvé neuf fois sur sept cents appendicites aiguës, dont quatre fois chez l'enfant ; leur tendance n'est pas de fuser vers le Douglas, mais bien vers la paroi antérieure. Il en est de même de certains abcès latéro ou pré-vésicaux.

Ces vastes collections, si on les laisse évoluer, s'ouvrent finalement dans un viscère creux ou se rompent dans la grande cavité.

Cette dernière éventualité est heureusement la plus rare ; elle réalise le tableau classique de la péritonite diffuse en trois temps et comporte un pronostic presque fatal. Cependant le cas décrit par PAUCHET (thèse de CAILLET) s'est terminé par la guérison :

Un homme de 37 ans présentait un abcès rétro-vésical avec légère tuméfaction le long de l'arcade crurale. La rectotomie est décidée ; après la dilatation anale, PAUCHET ne sent plus l'abcès au travers du rectum. Craignant la rupture dans le ventre, il pratique aussitôt une oélotomie médiane et draine. Trois mois après : ablation de l'appendice dont la pointe adhérait à la vessie, au niveau d'un petit abcès résiduel. Colon - vessie. Guérison.

Ouverture des abcès pelviens. — L'ouverture à la peau est exceptionnelle on ne la retrouve guère que dans de très vieilles observations (MÉNIÈRE). L'ouverture au périmée est très rare.

Ouverture dans le rectum. — Dans le plus grand nombre des cas la collection se fait jour dans le rectum : l'imminence de l'ouverture rectale est annoncée vers le quinzième, vingtième jour de la maladie par du ténesme rectal, des envies fréquentes, une pseudo-diarrhée qui n'est en fait qu'une manifestation de rectite glaireuse : l'anus est souvent béant, le toucher montre une muqueuse épaissie, une tuméfaction rénitente pouvant parfois donner au toucher combiné au palper la sensation de flot (MONDOR).

L'évacuation du pus peut se faire d'une façon brutale sous forme d'une brusque débâcle purulente et fétide : d'autres fois, au contraire, il se produit une fissuration insidieuse avec émission de selles très fétides plus ou moins liquides où le pus est mélangé aux matières.

Ouverture dans l'intestin : elle est rare, mais il faut y penser lorsque l'écoulement purulent ne cesse pas rapidement.

Ouverture dans la vessie. — C'est la plus fréquente après l'ouverture rectale. RIXTELEN (1933) en a relevé 40 cas dans la littérature, elle s'observerait plus souvent chez l'enfant (MAYR). L'ouverture dans la vessie est habituellement précédée d'une recrudescence des phénomènes vésicaux : cystalgies, dysurie pouvant aller jusqu'à la rétention aiguë. La perforation se manifeste par une pyurie abondante et s'il y a communication avec l'intestin, de la pneumaturie et de la fécalurie. Mais, dans certains cas, la fistulisation se fait de façon insidieuse : on se trouve en présence d'une pyurie à germes très nombreux (coli le plus souvent) qui peut faire penser à une pyélonéphrite, à une cystite banale et fait pratiquer les examens de spécialité.

La cystoscopie ne montre pas, en règle, de cystite généralisée, mais une inflammation circonscrite dans la région de la perforation, que peut masquer un œdème bulleux de la muqueuse. C'est là un aspect bien différent des perforations larges et irrégulières dues aux salpingites.

RIXTELEN rapporte l'histoire curieuse d'un garçon de trois ans qui depuis quatorze jours présentait de la fièvre dépassant 39°, des douleurs abdominales basses et des brûlures à la miction. Le quinzième jour, la température tombait à 36° 6, tandis que les urines devenaient épaisses, troubles et riches en microbes : pose d'une sonde à demeure, instillations. Au bout de quatre jours, après des urétrorragies, sortie par l'urèthre d'un ascaris, passé di-

rectement du coecum dans la vessie comme l'a montré la cystographie pratiquée quelques jours plus tard.

L'ouverture de l'abcès dans la trompe droite a été également signalée : QUENU en a observé un cas, JALAGUIER (in thèse, de RICHARD) un autre, MORISON en décrit lui aussi un cas chez une jeune fille de 27 ans.

L'ouverture dans le vagin n'est pas très fréquente, elle coexiste souvent avec l'ouverture dans le rectum ou la vessie, ou les deux à la fois, ces ouvertures multiples n'étant pas exceptionnelles.

Enfin mentionnons, à titre de curiosité, le cas rapporté dans sa thèse par CHEVALIER : un jeune homme de 19 ans entre pour « lésions tuberculeuses de la région sacro-iliaque ». LANNELONGUE l'opère largement : un mois et demi plus tard : fistule stercorale ; réintervention : on trouve l'appendice, on le résèque. Guérison.

L'évolution après ouverture spontanée est en général favorable : la guérison survient dans la règle en quelques jours, la température tombe, l'état général s'améliore peu à peu cependant que l'écoulement purulent se tarit. C'est du moins ce qui se produit communément lorsque l'ouverture s'est faite dans le rectum : tel est, par exemple, le cas du jeune J... B., 5 ans, qui fait l'objet de l'observation suivante due à l'obligeance de notre Maître L. MICHON :

OBSERVATION II. — Vu pour la première fois, le 5 janvier, au huitième jour d'une crise, dont le début a été imprécis. Enfant très amaigri, état général lamentable, fièvre oscillante. Abdomen souple, mais l'émission de glaires rectales fait penser à un abcès pelvien que le toucher confirme.

Le 9 janvier, l'abcès est plus saillant. Sous anesthésie générale : dilatation, l'abcès s'ouvre spontanément : le lendemain, chute de la fièvre. Le 13, apyrexie définitive.

Le 2 mai : appendicectomie. Le 10 mai, quitte la clinique. Guéri.

L'ouverture dans le vagin est moins favorable ; celle dans la vessie est d'un pronostic plus sérieux ; certes, la

guérison spontanée s'observe fréquemment : VLADOFF la relate dans dix cas sur quinze ; MAYET dit que « la guérison survient souvent avec une simplicité surprenante », mais, à l'opposé, CAILLET ne rapporte que onze fermetures spontanées sur quarante malades. Dans les autres cas, la fistulisation s'établit ; elle peut être assez bien tolérée comme dans les observations citées par RANKIN de fistules datant de 7 à 8 ans. D'autres fois, au contraire, des complications surviennent : pyélite ascendante, calculs vésicaux, hématuries, qui peuvent, si la fistule ne se tarit pas, nécessiter l'intervention, en l'espèce l'ablation de l'appendice.

Mais l'ouverture spontanée peut n'assurer qu'un drainage imparfait de l'abcès, laissant évoluer pendant des semaines et des mois des foyers suppurés mal éteints et créant ainsi un état septico-pyohémique des plus graves.

FORMES CLINIQUES

Nous avons insisté à plusieurs reprises sur l'extrême variabilité de certains signes des appendicites pelviennes, c'est dire assez que les aspects cliniques seront des plus variés, on pourrait les multiplier à l'infini ; aussi nous bornerons-nous à étudier les principaux.

Nous ne nous arrêterons pas aux formes dites diarrhéiques, dysentériques, etc..., non plus qu'à certains aspects pseudo-vésiculaires, où la douleur de l'hypochondre associée à la défense sous le rebord costal et au subictère a pu égarer le diagnostic, alors que l'appendice était franchement pelvien, accolé à la trompe (GANNE).

Il est beaucoup plus intéressant d'étudier les variations symptomatologiques dues au siège de la lésion appendiculaire.

Il est habituel, en effet, de distinguer et d'opposer deux formes auxquelles on donne d'ordinaire les noms de formes hautes et de formes basses.

Les formes basses. — Ce sont les plus fréquentes, l'appendice est tout entier dans le bassin, en contact direct de la vessie et du rectum : les signes pelviens y sont précoces et les touchers vaginal et rectal fournissent dès le début des renseignements précis. Par contre, les signes abdominaux y sont réduits au minimum et sont à rechercher dans la partie basse et interne de la fosse iliaque droite.

En cas d'extension du foyer, puis de suppuration, le sigmoïde limite la lésion du côté de l'abdomen ; le dan-

ger de diffusion péritonéale est relativement faible et l'évolution naturelle est l'ouverture, le plus souvent dans le rectum.

Ce sont donc des formes de pronostic relativement favorable. Ce sont elles également qui, en cas de non évacuation du pus, donnent parfois les volumineux abcès à prolongements multiples.

Les formes hautes correspondent à une lésion de l'appendice située au niveau du détroit supérieur, soit vers l'une des symphyses sacro-iliaques, soit bien souvent au devant du promontoire. Plus éloignés des viscères pelviens, ces foyers d'appendicite du promontoire se développent au milieu des anses grêles.

Leur début clinique est souvent plus insidieux que celui des formes basses : c'est à elles, sans doute, que pensent les auteurs qui décrivent le début de la crise pelvienne comme « habituellement insidieux ». La crise peut s'installer avec les apparences d'un simple embarras gastrique avec fièvre (nausées, coliques, 38°), d'autres fois revêtir l'aspect d'une occlusion à marche subaiguë.

C'est surtout dans ces formes que l'on rencontre des signes tels que les douleurs à gauche, isolées ou associées à une légère contracture.

Seul un examen minutieux peut montrer des signes physiques souvent discrets au niveau de la partie basse de la paroi abdominale ; il y a peu de signes pelviens et la lésion est difficile à mettre en évidence par le toucher rectal ; il est classique de dire qu'elle est trop profonde pour être sentie à travers la paroi abdominale, trop haute pour être appréciée par le toucher rectal. Il convient de ne pas exagérer ; les difficultés varient beaucoup d'un sujet à l'autre selon la docilité, l'existence ou non d'une surcharge graisseuse de la paroi ou d'un météorisme important, mais il est rare que, même au début, la palpation hypogastrique soigneuse et le palper combiné au toucher ne fournissent pas des renseignements des plus intéressants. On a au moins l'impression qu'il se passe

quelque chose d'anormal et il faut se souvenir que ce quelque chose peut être, ou même se trouve être, très souvent, une appendicite du promontoire.

Dans deux des observations que rapporte HÜSSENSTEIN, l'existence d'une zone douloureuse à deux travers de doigts au-dessus de la symphyse, seule dans un cas, associée à un toucher rectal douloureux dans l'autre, a permis le diagnostic précoce (1^{er} cas à la 15^e heure) d'appendicite pelvienne haute, qu'a confirmé l'intervention. C'est encore le cas du Sénégalais dont PERRIGNON et DU BOURGUET nous donnent l'observation: il n'y avait aucun signe dans les fosses iliaques, mais une douleur vague à l'hypogastre où l'on sentait une tuméfaction profonde et très sensible: l'intervention montre une masse formée d'anses et du sigmoïde, plaquée sur le promontoire et dans laquelle plonge l'appendice.

Nous pourrions multiplier indéfiniment les exemples; nos observations inédites viennent à l'appui de ce que nous venons de dire.

Les foyers hauts situés aboutissent plus rarement que les bas à la constitution d'abcès volumineux. Les petits accidents de sub-obstruction intestinale sont monnaie courante, et les occlusions vraies sont fréquentes. Si l'abcès acquiert un certain volume sans que se produise l'inoculation de la grande cavité péritonéale, la tuméfaction se développe, comme nous l'avons vu, soit vers l'abdomen en direction de l'ombilic ou des fosses iliaques ou descend dans le bassin, présentant dès lors une évolution semblable à celle des formes basses précédemment décrites.

L'évolution vers le haut se trouve réalisée dans une observation de BROCA concernant une jeune fille de 13 ans, admise le 24 novembre, alors qu'elle présentait depuis 10 jours des douleurs légères et des vomissements: il existait une douleur au palper, en bas, vers la ligne médiane, un peu à droite et l'on avait pensé à une typhoïde (température entre 38°5 et 39°5). Quatre jours après, le toucher rectal montre en haut et à droite une

tuméfaction dure et douloureuse se continuant avec celle que l'on sent sous la paroi abdominale au-dessus et un peu à droite de la symphyse.

Le 13 décembre, soit 20 jours après l'admission : ouverture d'un gros abcès par le ventre ; le 22, cure achevée.

Les formes occlusives, particulièrement fréquentes, se manifestent sous l'aspect d'occlusions subaiguës d'installation lente entrecoupée souvent de rémissions passagères. Il est aisé de comprendre que le diagnostic n'en soit porté généralement que de façon tardive vers le 6^e, 8^e jour. Aussi, opérées presque toujours tardivement, ces formes sont-elles d'un pronostic des plus sévères, leur gravité semble due, notre maître OKINCZYC (*Acad. Chir.*, 13 nov. 1935) le pense, à une sorte de sidération brutale de l'intestin liée sans doute à la toxémie ou peut-être à un infarctus iléo-coecal.

Le diagnostic de ces formes est bien souvent des plus difficiles si l'occlusion s'accompagne de fièvre et qu'elle survienne chez un sujet jeune, ce tableau d'occlusion fébrile peut éveiller l'idée d'appendicite, mais on conçoit les difficultés auxquelles on se heurte chez un individu âgé, a fortiori lorsque la maladie évolue de façon apyrétique.

Les formes urinaires ne sont que des appendicites où la prééminence des symptômes urinaires risque d'égarer le diagnostic. Il s'agit de pseudo-cystites, de rétentions d'urine en apparence primitives :

Tel est le cas d'un jeune garçon de 14 ans dont parle THÉVENARD. Le début fut marqué par une rétention d'urine accompagnée de douleurs et de ténésme rectal. 12 heures plus tard, frisson, ascension thermique à 39, vomissements.

L'hypogastre est douloureux, il y a de l'empâtement du Douglas et une douleur suraiguë au toucher rectal.

L'intervention immédiate montre un appendice transversal derrière la vessie à laquelle il adhère.

Les appendicites obturatrices semblent une rareté : leur intérêt réside dans les signes d'irritation du nerf obturateur avec attitude vicieuse, et la possibilité d'ouverture des abcès au 1/3 supérieur de la cuisse. COTTALORDA (*Soc. Chir. Marseille*, 12 octobre 1936) en publie deux observations :

L'une concerne un homme de 55 ans, presque cachectique, présentant un abcès de la cuisse et un Mac Burney douloureux. L'incision de l'abcès amène la guérison momentanée, mais la reprise des accidents 8 mois après oblige à intervenir et montre un appendice collé contre le trou obturateur.

La seconde a trait au cas d'une femme opérée de hernie obturatrice étranglée qui, 6 mois plus tard, présente à nouveau une attitude vicieuse, un signe de Romberg très net. L'ablation de l'appendice collé au trou obturateur amène la guérison.

Les formes selon l'âge n'ont rien de particulier. Tout ce que l'on a pu écrire pour les appendicites aiguës banales vaut pour les appendicites pelviennes.

Chez l'enfant, plus encore que chez l'adulte, le diagnostic risque de s'égarer au début, car c'est surtout chez lui que l'on rencontre les petits malaises gastro-intestinaux qui peuvent simuler au début la crise aiguë pelvienne.

Les signes urinaires sont chez lui souvent très précoces et très marqués (surtout chez les garçons). Le toucher rectal conserve ici son importance primordiale.

Nous avons déjà signalé certaines particularités d'évolution, la relative fréquence des abcès à gauche et surtout de l'ouverture des abcès dans la vessie.

Chez les sujets âgés, l'appendicite pelvienne, du fait de la fréquence de son allure torpide, risque d'en imposer, surtout chez l'homme, pour un néoplasme.

L'appendicite pelvienne de la femme enceinte tire son intérêt des difficultés diagnostiques. Elle survient géné-

ralement dans les premiers mois de la grossesse et présente la symptomatologie que nous avons décrite. Malheureusement, les vomissements risquent d'être interprétés comme vomissements de grossesse, les douleurs sont dites contractions utérines douloureuses, et ce d'autant plus aisément qu'effectivement l'utérus peut se contracter.

Si la crise survient à une période plus avancée de la grossesse, le volume de l'utérus gêne considérablement l'examen, rend difficile l'appréciation d'une défense pariétale toujours discrète, des contractions risquent d'être interprétées de façon erronée : apoplexie utéro-placentaire, hydramnios aigu, comme ce fut le cas dans deux observations publiées respectivement par FAVREAU-KLEIN-BATTEUR et PÉRY-ROCHER-FAVREAU.

Dans les suites de couches : la lésion appendiculaire risque encore plus d'être méconnue : les douleurs bas situées sont dites coliques utérines, les signes vésicaux sont rapportés à un état coli-bacillurique, la fièvre est attribuée à l'une des complications fréquentes du post-partum : montée laiteuse, pyélo-néphrite, infection puerpérale, phlegmon du ligament large droit, etc...

Une observation de Mlle GLOTAIX est typique à cet égard : elle concerne une jeune secundipare de 20 ans dont la crise débuta dans les heures qui précédèrent l'accouchement et qui mourut en trois jours d'une appendicite pelvienne perforée, cataloguée péritonite puerpérale suraiguë.

D'après l'évolution : on peut décrire des formes suraiguës, péritonites diffuses d'emblée ou rapidement diffusées : l'observation précédente en est un exemple. Nous allons insister plus longuement sur les formes subaiguës et chroniques.

Formes subaiguës : Elles constituent un ensemble assez mal limité de faits disparates, car selon le symptôme qui domine les aspects cliniques sont des plus variés. Comme leur évolution est souvent longue, c'est fréquemment plu-

sieurs diagnostics qui sont envisagés jusqu'à ce qu'un fait nouveau apporte la solution du problème.

Du fait même de leur variété, ces formes subaiguës échappent à tout essai de description et nous ne pouvons que citer quelques exemples :

1°) Homme de 48 ans : Depuis un mois, coliques abdominales, météorisme, constipation, pas de fièvre.

Au toucher rectal, masse indurée, bombant sur la paroi antérieure.

L'intervention montre un appendice pelvien perforé, au voisinage d'une petite collection purulente. (TIXIER, STEFANI, *Lyon, Chir.*, 1909/2, p. 343).

2°) Homme de 40 ans. Depuis l'âge de 28 ans, dysurie intermittente nécessitant à plusieurs reprises le sondage.

Puis : signes péritonéaux subaigus avec température entre 37°5 et 38°5, pouls à 120 et, durant une semaine, nécessité de deux sondages par jour.

Amélioration légère des phénomènes, mais l'état général est médiocre, légère défense au Mac Burney. L'intervention (21^e jour), montre l'appendice malade tendu entre cœcum et vessie (LE FILIATRE, *Soc. Anat.*, 1900).

3°) Jeune fille, 16 ans. Depuis 3 mois état septicémique (39°) sans signes de localisation. Au début, quelques douleurs à droite de l'abdomen.

Actuellement, mictions douloureuses avec brûlures à la fin. Tout l'examen, toucher rectal compris, est négatif.

Urines aseptiques ; cystoscopie normale. La pyélographie montre une urétéro-pyélonéphrose droite s'arrêtant brusquement à la partie supérieure du bassin. Au bout de quelques jours 1 douleurs inguinales droites, résistance profonde sus-pubienne droite.

L'intervention montre une sorte de tumeur dure (abcès) faisant corps en haut avec le cœcum, en bas avec la vessie. Malgré le drainage : mort 24 jours après (CHEVASSU, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, oct. 31).

4°) Un malade, que cite MONDOR, avait un abcès à longue évolution si bien toléré, d'évolution si apyrétique, que l'on avait posé le diagnostic d'abcès coxalgique.

Le diagnostic repose comme toujours sur une recherche attentive des signes physiques dans le bas abdomen et au toucher rectal.

Certaines de ces formes ont une évolution particulièrement longue et traînante (3^e obs.) durant laquelle le bas-

sin s'infiltrer et se blinde ; elles peuvent s'accompagner d'un état septicémique subaigu s'objectivant par des complications suppurées à distance ; elles peuvent simuler de très près certains cancers digestifs (pseudo-tumeurs perçues au toucher).

Les appendicites chroniques, véritables formes inflammatoires, sont souvent méconnues : il s'agit de sujets habituellement traités comme dyspeptiques, à l'appétit irrégulier et aux digestions capricieuses, présentant quelques troubles intestinaux, de petites crises douloureuses péri-ombilicales ou épigastriques passagères, dénommées « indigestions ». La difficulté est grande de rattacher ces troubles à une appendicite lorsqu'il n'existe pas de signes objectifs iliaques droits. Le toucher et surtout l'examen radiologique permettront seuls de reconnaître que l'appendice, pelvien, est en cause.

Chez l'homme, les appendicites chroniques peuvent revêtir le masque d'une affection urinaire : il n'y a là rien qui puisse nous étonner ; d'ailleurs, l'association n'est pas exceptionnelle ; elle n'est qu'une manifestation du syndrome entéro-rénal et dans ces cas la preuve de l'origine appendiculaire des troubles est faite par l'appendicectomie lorsqu'elle amène la guérison des cystites, pyélites, pyélo-néphrites présentées par le malade (FLANDRIN, WRIGHT).

Chez la femme, le siège bas de la douleur, la douleur au toucher en imposent souvent pour une affection annexielle et les cas ne sont pas rares de femmes ayant subi des castrations droites pour « ovaire scléro-kystique » et qui continuent à souffrir ultérieurement d'un appendice pelvien chroniquement enflammé.

La question est d'autant plus complexe que les associations ne sont pas rares : NETTO, sur 123 laparotomies pour affections utéro-annexielles, trouve 23 fois l'appendice adhérent aux annexes dont une fois aux annexes gauches.

Dans certains cas, c'est l'annexite qui est primitive et

l'appendicite n'est que secondaire : les appendices enlevés systématiquement au cours de coeliotomies pour affections utéro-annexielles se sont montrés malades deux fois plus souvent lorsque les annexes étaient malades que lorsque celles-ci étaient saines (HUNTER ROBB). Ces appendicites secondaires revêtent presque toujours le mode d'évolution chronique (HARTMANN).

Mais inversement l'appendicite pelvienne peut être à l'origine d'annexite secondaire : les lésions sont alors unilatérales et le microscope les montre limitées à la séreuse et à la sous-séreuse, il s'agit plus de péri-salpingite que de salpingite vraie.

Le danger de ces formes chroniques réside surtout dans le fait qu'elles peuvent faciliter, l'apparition d'une crise aiguë sévère.

Appendicite pelvienne tuberculeuse. — Il nous reste un mot à dire des appendicites tuberculeuses ; elles revêtent en général l'aspect clinique des formes chroniques et, en l'absence de fistulisation de la plaie opératoire ou de manifestations tuberculeuses concomitantes, le diagnostic de nature n'est établi que par l'examen anatomique de la pièce.

Dans certains cas pourtant, ces appendicites tuberculeuses peuvent revêtir le type inflammatoire.

OBSERVATION IV. — *Mme LEC...*, 45 ans, opérée le 7 septembre 1935 d'une appendicite pelvienne, ayant débuté par des douleurs abdominales généralisées, surtout marquées à l'hypogastre avec fièvre à 38°. Drainée, cette appendicite est restée fistuleuse sur la ligne d'incision médiane.

Réintervention le 9 juillet 1937, qui montre utérus, annexes et intestin formant une masse inflammatoire qui occupe le Douglas : plus profondément, l'appendice sectionné en son milieu s'ouvre par sa lumière dans le trajet fistuleux. Appendicectomie. Hystérectomie subtotale. Mikulicz. Guérison.

Examen de la pièce : cellules géantes au milieu de lésions inflammatoires subaiguës (Obs. du service du Docteur OKINCZYC).

COMPLICATIONS

Des complications nombreuses peuvent entrecouper l'évolution des appendicites pelviennes ; nous les avons déjà signalées, pour partie, chemin faisant.

Nous ne reviendrons pas sur les complications dues à l'extension du processus inflammatoire. Nous serons brefs également sur les complications générales qui n'ont rien de particulier à la localisation qui nous occupe et sont le fait de toutes les appendicites suppurées.

Abcès du poumon (Obs. de LANGENBECK chez un enfant de 7 ans 1/2). Pleurésies purulentes.

Abcès sous-phréniques, grands abcès du foie (Obs. de LEGRY et BIGOT ; Obs. de ROCHER).

Cholécystite suppurée (Obs. JACOB : enfant de 14 ans). Ictères, phlegmons péri-néphrétiques. Pyélo-néphrites.

Néphrite gauche (fillette de 3 ans : Obs. de WEISS). Phlébites.

Nous citerons deux observations plus particulières. L'une d'elles concernerait une arthrite suppurée de la hanche droite, communiquant à travers le cotyle avec un foyer d'appendicite pelvienne suppurée. ROCHER pense qu'il s'agit d'ostéomyélite du cotyle avec abcès pelvien secondaire intéressant l'appendice.

La seconde (SANTY) rapporte le cas d'un enfant de 12 ans amené au sixième jour d'une crise sévère. L'intervention amena un retour à la normale de la température le matin du troisième jour, suivi, le sixième jour, d'une réascension importante avec violente douleur dans le membre inférieur droit ; la mort survint (occlusion) alors

que le sphacèle dû à l'artérite atteignait la tubérosité antérieure du tibia.

Occlusion intestinale. — La principale complication des appendicites pelviennes, mise à part la diffusion péritonéale, est l'occlusion intestinale. Si elle n'est pas le fait exclusif de cette localisation d'appendicite, elle semble dans ces cas particulièrement fréquente, surtout dans les formes haut situées où le foyer se trouve en contact de tous côtés avec les anses intestinales.

Occlusion précoce. — L'occlusion peut être contemporaine de la crise : elle peut n'être alors qu'une exagération de la parésie intestinale. Nous en prendrons pour exemple l'observation suivante :

Homme 24 ans : Début 21 juin 1935 : coliques violentes et vomissements. Entre le soir : température $37^{\circ}6$, ni douleur localisée, ni contracture.

Le 22 au matin : traits tirés, abdomen météorisé sans péristaltisme, ne vomit plus.

Douleur diffuse, prédominant peut-être dans la fosse iliaque droite.

Intervention : appendice pelvien. Mikulicz. Drain dans le pelvis. L'occlusion ne cède pas. La température monte : $39^{\circ}4$. Mort le 26 : Température $40^{\circ}2$. (OKINCZYC, *Bull. et Mém.*, 13 nov. 1935).

D'autres fois, même précocément il peut exister un facteur mécanique surajouté : on peut alors constater la présence d'ondes péristaltiques ; tels sont les cas, par exemple, d'une observation de notre Maître OKINCZYC où existaient trois abcès successivement rencontrés amenant des coudures d'anses, ou encore de celle exposée par FÈVRE du jeune D... René, dont l'occlusion avec ondulations péristaltiques était due à l'accolement d'une anse grêle sur elle-même dans le petit bassin.

Les occlusions secondaires. — Elles sont particulièrement fréquentes. Elles sont toujours mixtes : paralytiques, du fait de la péritonite ; mécaniques, du fait des

adhérences, des agglutinations et coudures d'anses intestinales, de brides que peut constituer l'épiploon, etc...

Dans l'ensemble, il s'agit là d'une complication redoutable, entraînant la mort dans plus de 50 % des cas (LE-NORMANT).

Complications post-opératoires. — Il nous reste à parler maintenant des complications post-opératoires :

On a pu observer des hémorragies : l'observation publiée par COLSON, HENRY et FRANCILLON semble ressortir à la catégorie des hémorragies dues au contact des drains avec les vaisseaux iliaques externes.

La principale complication post-opératoire (mise à part bien entendu la progression de l'infection péritonéale) est l'occlusion tardive : occlusion par brides, il n'y a rien là de particulier à l'appendicite pelvienne.

Quant aux abcès résiduels, ils feront l'objet d'une étude ultérieure.

L'incision des abcès pelviens a pu donner lieu à des hémorragies, cédant au tamponnement. Le lendemain de l'incision on a pu observer une brusque ascension thermique, qui rétrocede rapidement.

Il nous reste à parler d'une éventualité particulière. SARTY a perdu deux malades, porteurs d'abcès pré-rectaux volumineux, par diffusion péritonéale peu de temps après l'incision rectale de ces abcès ; il invoque, pour l'expliquer, la dislocation des adhérences protectrices lors de l'effondrement du plafond de la poche.

LE DIAGNOSTIC

Le point délicat du diagnostic est de reconnaître l'appendicite pelvienne : c'est le diagnostic positif.

DIAGNOSTIC POSITIF

PAUCHET disait avec raison que la première condition pour reconnaître l'appendicite pelvienne est d'y penser. Mais c'est bien là qu'est la difficulté.

Le diagnostic est souvent fait si le malade, après un début aigu : douleurs, vomissements, fièvre, souffre du « côté droit », s'il présente là un point douloureux manifeste au palper avec légère défense ou même contracture : la première idée qui se présente en effet à l'esprit est celle d'une crise appendiculaire et c'est le maximum un peu bas situé de la douleur, le siège plus bas que de coutume de la défense pariétale qui incitent, bien souvent, le clinicien à rechercher les signes d'irritation des viscères pelviens et à pratiquer le toucher rectal qu'il aurait souvent, sans cela, omis de rechercher ou de pratiquer.

Aussi le problème devient-il beaucoup plus épineux lorsque l'appendice, plus éloigné de son siège iliaque habituel ne donne pas de signes iliaques droits : un préjugé et une erreur font alors trop souvent rejeter le diagnostic.

Le *préjugé* : c'est qu'appendicite est synonyme de douleur et contracture iliaques droites.

L'*erreur*, est l'omission de toucher rectal, et pourtant devant toute crise à « début appendiculaire », nous nous

excusons de le répéter encore, il importe de rechercher systématiquement les signes physiques non seulement dans la fosse iliaque, mais dans la région lombaire et sus-iliaque et, si on ne les y trouve pas, ce doit être un réflexe de penser à l'appendicite pelvienne : de palper la région hypogastrique, parfois la partie interne de la fosse iliaque gauche pour y trouver douleur et défense de la paroi et de faire le toucher rectal et vaginal.

Il est évidemment des cas où le diagnostic devient très difficile, c'est lorsque la crise débute par des phénomènes occlusifs, nous avons déjà fait allusion à ces difficultés et insisté sur ce que le jeune âge du sujet et l'existence de fièvre étaient des indices importants qui permettaient de soupçonner l'existence d'une occlusion compliquant une appendicite dont on rechercherait alors les signes propres avec le plus grand soin.

Il est souvent beaucoup plus facile de reconnaître l'abcès pelvien ; les seuls cas embarrassants sont les abcès haut situés difficilement palpables et difficilement perceptibles au toucher.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

En fait, il faudrait passer en revue à peu près toute la pathologie abdomino-pelvienne, aussi serons-nous forcément brefs et incomplets.

La crise aiguë peut simuler une foule d'affections tant médicales que chirurgicales :

AFFECTIONS MÉDICALES :

Schématiquement, le diagnostic en est facile, puisque dans ces cas il n'y a pas de réaction péritonéale, mais la difficulté vient justement de ce que, dans l'appendicite pelvienne, cette réaction est modérée et peut passer inaperçue.

La colique urétérale liée à la présence d'un calcul au niveau du détroit supérieur peut voir sa douleur simulée d'assez près par celle de l'appendicite pelvienne : comme il peut exister au palper une douleur iliaque droite et un point douloureux au toucher : la similitude peut être assez grande. Pourtant la douleur de lithiasse est généralement beaucoup plus intense et s'il y avait doute, il faudrait pratiquer de suite un examen radiographique.

La colique de plomb n'est pas toujours d'un diagnostic facile. Un malade de Pissavy, peintre, et porteur d'un liseré saturnin, lui avait été envoyé au 3^e jour d'une crise de douleurs abdominales avec vomissements et constipation, comme colique saturnine. La température à 38°, une très légère défense à droite et une tuméfaction douloureuse au toucher lui permirent de faire le diagnostic.

En fait, le diagnostic le plus souvent posé (car il n'est jamais discuté) est celui de « malaise gastro-intestinal », grippe à forme intestinale, embarras gastrique surtout.

En fait, ce ne sont que des diagnostics d'élimination auxquels on ne devrait s'arrêter qu'après avoir envisagé toutes les autres éventualités.

Du reste, ces indispositions ne sont habituellement que de courte durée, si elles semblent persister quelque peu, un nouvel examen plus minutieux encore s'impose et il faut tout mettre en œuvre pour essayer de reviser un diagnostic à peu près certainement erroné.

Une crise avec subictère peut faire conclure : ictère catarrhal alors que, pourtant, les signes digestifs et la fièvre précèdent, dans cette maladie, l'apparition de la jaunisse.

LES AFFECTIONS CHIRURGICALES :

— La perforation d'ulcère ne prête pas à confusion : si dans l'appendicite pelvienne la douleur peut débiter à l'épigastre, les signes de réaction péritonéale sont autrement moins intenses que dans les lésions gastro-duodé-

nales et le maximum des symptômes est de siège différent.

— Il est exceptionnel que l'on ait à discuter une *affection vésiculaire ou splénique*.

La *pancréatite hémorragique* peut donner un tableau assez voisin de douleur et de ballonnement, mais sa rareté fait que l'on y pense encore moins qu'à l'appendicite pelvienne.

Nous ne pouvons que citer rapidement la *thrombose des vaisseaux mésentériques*, les *perforations du sigmoïde* auxquelles on pensera du reste plus volontiers qu'à une appendicite pelvienne à signes gauches.

En fait, le diagnostic se pose rarement dans les formes communes, avec ces grands syndromes chirurgicaux.

Il est un diagnostic classique, c'est la déférentite aiguë qui, par sa douleur au toucher et par l'empâtement du Douglas peut simuler l'appendicite pelvienne (obs. de LE FUR).

Ce sont surtout les formes atypiques qui peuvent poser des problèmes embarrassants. Nous avons déjà donné une idée des difficultés rencontrées dans les formes subaiguës et chroniques.

Les formes occlusives posent le problème de toutes les occlusions, ce sont elles surtout qui peuvent faire penser aux pancréatites, aux thromboses mésentériques, parfois à des étranglements des hernies internes. La question est encore plus épineuse lorsque leur évolution est apyrétique. L'une de nos observations a fait poser le diagnostic d'engouement de hernie inguinale (obs. XVI). Pour peu que l'occlusion se constitue, en outre, de façon subaiguë, le diagnostic de cancer du colon gauche peut être envisagé ou celui de cancer du recto-sigmoïde (obs. de LEBRY), voire celui de volvulus de l'S iliaque.

Les formes où dominent les signes urinaires simulent les cystites primitives, les pyélo-néphrites, posent le diagnostic étiologique des rétentions d'urine.

Lorsque l'abcès pelvien est constitué, la seule difficulté est de ne pas en méconnaître la survenue et de pratiquer le toucher rectal.

Chez l'homme, l'abcès de la prostate est facile à distinguer de la collection du Douglas; le diagnostic ne se pose qu'entre un nombre limité d'affections : appendicite pelvienne, cancer infecté et, si l'abcès est plutôt étendu vers la fosse iliaque gauche : sigmoïdite avec péri-sigmoïdite — les deux dernières affections peuvent, chez les sujets âgés, simuler de très près une appendicite pelvienne un peu anormale : soit que celle-ci soit survenue après une phase de troubles intestinaux, soit que les signes en soient à gauche, comme nous les avons vus exister d'une manière non exceptionnelle.

Chez la femme, la question est beaucoup plus complexe à cause de la fréquente similitude symptomatique possible d'un grand nombre d'affections utéro-annexielles.

— *Salpingite* : En fait, le diagnostic le plus difficile et aussi le plus important est celui de la salpingite gonococcique ou plus rarement post-puerpérale. Certes, dans l'appendicite pelvienne, il peut y avoir des troubles intestinaux ou des crises antérieures, la douleur initiale a été souvent brutale, les traits du tableau péritonéal sont plus marqués et mieux dessinés que dans la salpingite, il existe également une sensibilité abdominale plus importante, les vomissements sont plus nombreux, la parésie intestinale est plus accentuée, le faciès et l'état général sont plus altérés, la fièvre plus élevée ; dans l'ensemble, le tableau est plus progressivement grave. Mais beaucoup de ces signes, nous le savons, peuvent se trouver en défaut ; inversement des poussées salpingiennes sévères peuvent s'accompagner de signes péritonéaux importants : aussi le diagnostic est-il souvent hésitant ; les meilleurs éléments en sont la recherche des antécédents, d'un passé génital, l'existence, en cas de salpingite, de lésions discrètes du côté opposé, une fixation plus importante de l'utérus. Le problème est pourtant embarrassant et il

comporte une sanction thérapeutique opposée dans un cas ou dans l'autre : intervention ou abstention.

C'est dans ces cas qu'il serait intéressant d'étudier la valeur d'une épreuve comme le temps de sédimentation, dont nous avons précédemment parlé.

Les *torsions de tumeurs pelviennes*, hydrosalpinx, kyste de l'ovaire tordu, myomes pédiculés, etc..., peuvent donner des douleurs violentes à début brusque, des vomissements, du tympanisme, une légère défense, un pouls rapide et une légère ascension thermique ; parfois même des crises antérieures de subtorsion peuvent faire croire à des crises antérieures d'appendicite. L'erreur est donc possible ; habituellement, pourtant, la réaction dans les tumeurs tordues est moins durable, au toucher la masse est plus volumineuse, plus nettement limitée et arrondie que ne le serait un foyer appendiculaire.

Les pyosalpinx ou les kystes suppurés et tordus sont d'un diagnostic plus délicat encore du fait de la persistance des signes généraux. D'ailleurs, torsion de kyste et appendicite pelvienne peuvent coexister, comme ce fut le cas pour une malade de BÉRARD et VIGNARD.

La difficulté peut être parfois insurmontable lorsqu'il s'agit de discriminer l'abcès pelvien d'origine appendiculaire des autres collections du Douglas, qu'il s'agisse de pelvi-péritonite tuberculeuse à allure subaiguë, mais surtout de pelvi-péritonite annexielle gonococcique ou même d'hématocèle suppurée : c'est surtout la colpotomie qui permet le diagnostic en montrant soit le pus véritable de la salpingite, soit celui à odeur fétide, mal lié de l'appendicite ou encore le sang infecté de l'hématocèle.

L'hématocèle non suppurée n'est pas elle-même d'un diagnostic toujours facile : tous les symptômes peuvent être identiques et les meilleurs éléments différentiels sont les anamnestiques, la recherche des signes d'anémie aiguë, des petits états syncopaux, etc...

Là encore des coïncidences ont pu être observées. GABBARRINI note deux observations de TÉMOIN où il y avait à

la fois appendicite et hématosalpinx, dans un cas ; rupture tubaire dans l'autre.

BOBBIO a publié récemment l'observation d'une femme ménopausée chez laquelle une crise d'appendicite pelvienne avait entraîné des métrorragies et fait penser à un néo du corps avec périmétrite.

Chez la femme enceinte, le diagnostic est souvent difficile. C'est chez elle, surtout, que peut, au début de la grossesse, se poser le diagnostic d'hématocèle suppurée.

Vers le 3^e mois l'appendicite pelvienne peut être confondue avec la rétroversion aiguë de l'utérus gravide, douleurs brusques avec nausées et vomissements, léger degré de contracture, troubles urinaires sont autant de signes communs, mais le toucher montre la tumeur du cul-de-sac de Douglas solidaire du col.

Nous avons déjà envisagé les autres problèmes diagnostiques qui peuvent être soulevés pendant la grossesse et les suites de couches, nous n'y reviendrons pas.

Chez l'enfant il est classique de citer l'ostéomyélite du bassin, l'ostéomyélite du fond du cotyle, l'ostéosarcome.

En fait le diagnostic difficile est la péritonite à pneumocoques. Le début de la douleur est en général plus brutal, la douleur est para-ombilicale, plus diffuse, la diarrhée est de règle, les vomissements faciles et récidivants, la fièvre plus élevée dans la péritonite à pneumocoques que dans l'appendicite. Pratiquement le diagnostic peut être très difficile, l'enfant accuse souvent mal la dysurie, localise mal la douleur ; dans les cas douteux, HUSSENSTEIN conseille de pratiquer un prélèvement de pus dans la région du maximum d'empatement par une petite incision faite à la locale plutôt que par ponction.

Chez la petite fille il convient de signaler encore la torsion ou la suppuration de petits kystes dermoïdes et vers la puberté l'hématométrie due à la rétention de règles par une imperforation hyménéale (observation classique de JALAGUIER) et très accessoirement le pyosalpinx tuberculeux.

LE PRONOSTIC

Les appendicites pelviennes sont-elles plus graves ou moins graves que les appendicites iliaques ?

Pendant fort longtemps les premières ont joui d'une réputation de relative bénignité. DORMOY, notamment, les tenait pour peu graves. ESNAULT, il est vrai, considérerait le pronostic comme moins favorable du fait des difficultés d'un bon drainage du pus accumulé dans le petit bassin.

Les opinions optimistes sont, en général, d'un temps où la temporisation était admise ou même prônée en matière d'appendicites aiguës.

Aujourd'hui, grâce au diagnostic précoce et à l'intervention systématique, le chiffre de mortalité dans l'appendicite aiguë a considérablement baissé ; il oscille entre 4 à 6 % à peu près dans les statistiques françaises d'appendicites aiguës indiscutables. Les auteurs étrangers, américains et allemands prétendent avoir des chiffres beaucoup plus bas (KUMMEL, 1,5 %).

Or les statistiques d'appendicites pelviennes donnent un pourcentage de mortalité de beaucoup supérieur. ROCHER, dans un travail déjà ancien, il est vrai, donne un chiffre de vingt décès sur 75 observations soit 26%. SANTY, en 1926, étudie tous les cas d'appendicites pelviennes qu'il a vus durant les cinq années précédentes et sur 30 cas a 7 décès soit 23 % alors que dans les appendicites aiguës banales il n'a eu que 5,9 % de mortalité.

Sur 37 observations, que nous avons étudiées, nous trouvons 7 décès et deux cas douteux mais probablement mortels : soit 7 à 9 cas malheureux sur 37 ou 19 à 24 %.

Il n'est donc pas besoin d'insister davantage sur la gravité considérable des appendicites pelviennes ; cette gravité est due indiscutablement à ce que le diagnostic est fréquemment méconnu au début :

sur les 20 cas de décès dont parle ROCHER, 16 sont attribuables à la péritonite généralisée qui existait au moment de l'intervention, mais, à ce propos, nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de résumer le très intéressant article publié par SANTY (*Lyon, Chir.*, 1926).

Il divise les 30 appendicites pelviennes observées en trois groupes :

1^{er} groupe : ap. avec abcès prérectal volumineux, tous cas tardifs.

Sur 10 cas : 3 morts.

2^e groupe : ap. avec abcès haut situés : cas tardifs également.

Sur 14 cas : 4 décès.

3^e groupe : ap. pelviennes opérées précocement, avant le troisième jour : 6 cas sans un décès et pourtant dans trois cas il s'agissait d'appendices perforés.

Il est donc certain que le pronostic, est, comme toujours en matière d'appendicite, fonction de la précocité du diagnostic et de l'intervention.

Nous avons déjà signalé la gravité spéciale des formes occlusives. Les formes avec abcès haut situés ont une fâcheuse réputation, on les oppose sur ce point aux abcès bas ; il convient de ne rien exagérer, c'est vrai dans l'ensemble, il n'empêche que la diffusion péritonéale est survenue trois fois sur dix cas d'abcès prérectaux dans le travail de SANTY.

Nous avons chemin faisant, envisagé le pronostic de certaines formes spéciales ou des diverses complications, ce qui nous dispense d'y revenir dans le précédent chapitre.

Séquelles : Même dans les cas guéris chirurgicalement l'appendicite pelvienne peut avoir ultérieurement des

conséquences fâcheuses. Nous ne voulons pas parler des adhérences banales, encore que souvent importantes du fait de la difficulté des interventions pratiquées et des moyens de drainage mis en œuvre, mais des séquelles dues à la localisation pelvienne de l'appendice malade.

L'atteinte de la vessie et de l'intestin, surtout s'il y a eu ouverture d'abcès dans ces organes, peut laisser derrière elle des troubles sérieux : adhérences douloureuses, diverticule vésical (INGELRANS), péri-rectite, péri-sigmoïdite, etc., etc.

Mais ces séquelles sont surtout importantes chez la femme. L'abcès pelvien d'origine appendiculaire peut avoir laissé l'utérus fixé en rétroposition ; les annexes, surtout les annexes droites peuvent rester prolabées au fond du Douglas. On a cité des observations où ces troubles, survenus lors de la puberté, ont pu causer des désordres graves du développement somatique ultérieur : tel est, par exemple, le cas d'une malade de GRAVES.

M. M..., 14 ans : jeune fille bien développée, puberté établie. Hymen intact. Crise abdominale opérée le troisième jour : péritonite généralisée, appendice pelvien perforé.

Cinq ans plus tard : elle souffre du bas-ventre depuis l'intervention. Les règles alors bien installées sont devenues irrégulières et peu abondantes et la malade ne s'est guère développée depuis.

Mais l'appendicite pelvienne pourrait avoir plus fâcheuses conséquences au point de vue fécondité. SCHMID pense qu'elle peut être cause de la survenue de grossesses ectopiques, il incrimine l'inflammation, le catarrhe et les coudures de la trompe consécutifs au voisinage de l'appendice malade.

ZWEIFFEL et RUBIN pensent que l'appendicite pelvienne est, de par ses séquelles, facteur de stérilité ; les exsudats péri-appendiculaires pouvant fermer les orifices des trompes, des adhérences pouvant être à l'origine de rétrécissements tubaires.

DEUXIÈME PARTIE

COMPLICATIONS PELVIENNES DES APPENDICITES ILLIAQUES

Il s'agit toujours de complications suppurées, mais selon le moment auquel elles apparaissent, on peut les ranger en deux classes :

d'une part, des abcès contemporains de la crise ou immédiatement consécutifs, ces abcès peuvent être appelés : para-appendiculaires (SOUPAULT et SEILLÉ).

d'autre part, des abcès tardifs, résiduels, complications post-opératoires ou abcès méta-appendiculaires.

1° ABCÈS PRÉCOCES

Tout abcès iliaque droit, se développant autour d'un appendice en situation normale tend à déborder la margelle du bassin : il n'y a là que l'amorce d'un diverticule pelvien.

Cette tuméfaction, à peine perçue à bout de doigt par le toucher rectal, peut se préciser : on assiste alors en quelque sorte à la descente dans le pelvis d'une masse de plus en plus dure, plus volumineuse, plus douloureuse, tandis que le plastron abdominal ne se modifie pas ou devient tout juste à peine perceptible. C'est à cet aspect

qu'il est classique de donner le nom d'appendicite iléo-pelviennne.

Il convient de suspecter cette évolution particulière chaque fois qu'un malade atteint d'appendicite aiguë et soigné médicalement, présente à nouveau de la fièvre et une altération de l'état général que n'expliquent pas, au contraire, les signes locaux ; le diagnostic est évidemment affaire de toucher rectal.

Au point de vue anatomique : il existe le plus souvent une volumineuse collection remontant plus ou moins haut vers ou derrière le cœcum et pouvant en bas remplir le bassin. Les deux poches iliaque et pelviennne sont largement communicantes.

Plus rarement, il existe un rétrécissement au niveau du détroit supérieur donnant à l'abcès l'aspect en sablier. Des adhérences plus étendues peuvent même donner l'impression de deux poches indépendantes, mais la barrière qui les sépare est toujours fragile et « il suffit que le doigt s'insinue entre deux anses intestinales accolées pour voir sourdre aussitôt un flot de pus venant du pelvis ». (ROCHER).

D'autres fois, il y a véritablement un double abcès : l'un iliaque, le principal, l'autre pelvien, secondaire, dû vraisemblablement (BÉRARD et VIGNARD) à l'enkystement secondaire dans le pelvis des exsudats septiques issus du foyer iliaque et amenés par la déclivité dans le Douglas.

Comme les abcès primitivement pelviens, ces abcès à point de départ iliaque peuvent s'étendre encore secondairement et donner des diverticules variés : abcès biléo-pelviens et nous n'y reviendrons pas.

Nous pouvons rapprocher de ces abcès certains faits que COTTALORDA décrit comme des cellulites pelviennes suppurées ; il s'agit dans les observations qu'il publie de « véritable cellulite due à un appendice rétro-cœcal en contact initial avec l'atmosphère péri-rénale, mais dont la diffusion secondaire vers le pelvis est possible, même après ouverture du foyer initial et ablation secondaire de l'appendice ».

2° LES SUPPURATIONS TARDIVES

Ce sont les abcès résiduels du Douglas, l'une des principales complications post-opératoires de l'appendicite en général.

Leur fréquence est estimée par DECOULX et PATOIR à 2 % environ des appendicites aiguës avec péritonite généralisée. STUDEMEISTER sur 803 cas d'appendicites aiguës dont 22 % de graves, n'a eu que onze abcès du Douglas, soit 1,3 %.

Ces abcès du Douglas peuvent survenir dans diverses circonstances, mais pour beaucoup ils seraient le résultat, bien souvent, d'un drainage mal compris ou insuffisant.

Parfois il s'est agi d'une appendicite vue dans les premières heures : il n'y avait pas de pus, à peine un peu de sérosité et la paroi est refermée alors qu'en réalité la majeure partie du liquide était dans le pelvis. D'où le précepte d'éponger dans ces cas le Douglas et d'y placer un petit drain que l'on laissera en place quelques jours, jusqu'à ce que rien ne vienne plus par aspiration.

Il semble bien qu'alors l'abcès résiduel puisse survenir quelle qu'ait été la situation de l'appendice : TURNER cite le cas d'un jeune homme de 27 ans dont l'appendice était latéro-cœcal externe.

Quelquefois l'abcès pelvien peut venir compliquer un abcès iliaque drainé (Obs. de P. DUVAL, Thèse de JAY).

Plus souvent l'abcès résiduel est la complication d'une péritonite diffuse. Il serait dû alors au fait que le drain a été enlevé trop tôt et n'a pas été raccourci progressivement.

Malgré tout, comme le disait LECÈNE, « le drainage du Douglas que l'on fait souvent après opération pour péritonite aiguë d'origine appendiculaire et qu'on laisse en place plusieurs jours ne met pas sûrement le malade à l'abri de la formation de la collection suppurée pelvienne ».

Cliniquement l'abcès du Douglas survient vers le huitième, douzième jour (TURNER dit 11 jours en moyenne) quelquefois plus tard (FOWLER cite un cas d'abcès cinq mois après l'appendicectomie). Il convient de le suspecter ; lorsque, chez un opéré, la température remonte, que le pouls s'accélère, que le faciès s'altère. Parallèlement l'émission des gaz se fait plus difficile, la constipation réapparaît ou s'accroît cependant qu'apparaissent des signes vésicaux : cystalgie, dysurie, parfois rétention.

L'abdomen est un peu ballonné, sensible surtout vers l'hypogastre ; il n'y a rien dans la fosse iliaque, la plaie opératoire peut être complètement guérie : c'est le toucher rectal et vaginal qui montre la collection du Douglas. Signalons à titre de curiosité, le cas d'un malade de KHAUTZ chez lequel l'abcès a pu causer une anurie par compression des deux uretères, cédant à l'évacuation du pus.

L'évacuation chirurgicale du pu amène la guérison ; sinon, l'évolution se fait naturellement vers l'ouverture dans un viscère pelvien : souvent le rectum.

Néanmoins l'une de nos observations concerne un abcès résiduel qui s'est ouvert à la fois dans le rectum et à la peau.

OBSERVATION III. — Malade dont la crise iliaque droite a commencé le 16 avril 1920. Opéré d'urgence le 19 : appendicectomie.

Le 8 juillet 1920, il s'est constitué un abcès volumineux qui s'est ouvert à la fois dans le rectum et à la peau. La fistule pariétale ne se tarissent pas, on doit introduire un tube d'irrigation dans la poche de l'abcès.

LE TRAITEMENT

I. — TRAITEMENT DE LA CRISE AIGUE

S'il s'agit d'une crise récente, il n'y a pas de discussion possible : l'intervention d'urgence s'impose.

Le choix de l'incision varie avec les habitudes de chaque chirurgien ; à moins d'erreur possible de diagnostic ou de toute autre raison valable, la voie latérale semble préférable, qu'il s'agisse d'une incision de MacBurney un peu basse, agrandie vers le bas, si besoin est ; qu'il s'agisse d'une incision de Jalaguier ou de celle que préconise BONNET.

L'essentiel est d'avoir un jour suffisant et de se protéger efficacement contre toute irruption de pus dans la grande cavité péritonéale.

La voie médiane peut être indiquée, nous l'avons dit, mais elle a des inconvénients, elle risque davantage d'inoculer la grande cavité : on peut être gêné si le cœcum est fixé.

Il est des cas complexes tel celui rapporté par DESJACQUES (*Lyon Chir.*, 1935).

Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans venu à pied au troisième jour d'une crise abdominale douloureuse, chez lequel le diagnostic porté avait été celui d'occlusion, probablement d'origine appendiculaire.

L'incision droite montre la base de l'appendice dont la pointe plonge dans le pelvis et se trouve masquée par des anses très distendues.

On pratique alors une médiane, qui permet de libérer l'intes-

tin, mais ne permet pas d'enlever l'appendice. Il faut revenir à l'incision droite pour pratiquer l'appendicectomie.

Le drainage soulève les mêmes problèmes que dans toute appendicite. Il est des cas où il est indispensable : s'il y a du liquide stercoral ou des calculs stercoraux libres, si la suppuration semble avoir déjà une tendance à la diffusion.

Crise vue tardivement : en pratique si le début remonte à plus de deux ou trois jours, à *fortiori* s'il existe des signes de plastron dans la fosse iliaque ou vers le pelvis, la prudence semble d'attendre dans les cas où tous les signes : état général et état local concordent à donner l'impression d'une inflammation en voie de limitation.

Il semble, en effet, plus hasardeux encore que dans une appendicite banale de pratiquer une intervention qui risque d'être des plus laborieuses. Cette expectative nécessite évidemment une surveillance des plus strictes, des examens répétés fréquemment, des touchers rectaux renouvelés afin de dépister les moindres signes d'aggravation secondaire.

Durant cette période de refroidissement, de petits incidents occlusifs peuvent survenir, ils sont justiciables de l'atropine, du sérum salé hypertonique intraveineux, qui amèneront bien souvent la rétrocession des phénomènes inquiétants.

Si des accidents graves surviennent : diffusion, occlusion vraie, l'intervention immédiate s'impose de toute évidence.

II. — TRAITEMENT DES ABCÈS

Les abcès pelviens ont été l'objet de nombreuses discussions quant à la meilleure voie d'abord et de drainage. Actuellement l'accord est à peu près fait entre les chirurgiens.

Les abcès bas situés doivent être incisés par voie basse.

Il convient de ne pas vouloir les inciser trop tôt. L'intervention doit ne précéder que de peu l'ouverture spontanée ; MÉTIVET va même jusqu'à dire que lors que l'abcès bombe dans le rectum mieux vaut le laisser s'ouvrir spontanément.

Chez l'homme l'incision se fait par voie rectale : la vessie vidée, le malade endormi pour la plupart des chirurgiens, après dilatation anale, on ouvre la collection avec un instrument mousse et met en place un drain pour 48 heures.

La guérison survient, on peut dire constamment, le danger de surinfection n'existe pas, non plus que celui de fistulisation et déjà en 1903 BÉRARD et PATEL avaient pu publier 44 cas d'ouverture rectale avec 44 guérisons.

La persistance de la fièvre doit faire alors rechercher l'existence d'autres poches indépendantes de l'abcès incisé.

Chez la femme, beaucoup de chirurgiens, font, par habitude sans doute, une colpotomie. En fait il semble qu'il faille se montrer éclectique et pratiquer l'incision de l'abcès là où le pus semble avoir tendance à se faire jour ; il apparaît que c'est plus souvent vers le rectum que vers le vagin.

Les abcès haut situés sont d'un abord beaucoup plus difficile. Il convient de les surveiller et de voir si leur évolution normale se fait vers le bas, auquel cas on les inciserait comme précédemment, ou vers le haut, où la meilleure voie sera souvent affaire de circonstances.

Il est enfin une variété spéciale d'abcès qui peut nécessiter un traitement particulier, ce sont les abcès résiduels. En règle générale on les incisera par voie rectale comme les autres abcès pelviens bas. S'ils surviennent peu de temps après l'ablation trop précoce d'un drain, on pourra dans certains cas, sous anesthésie générale, rechercher avec précaution et sans brutalité, avec un instrument mousse à reconstituer l'ancien trajet du drain. Le **rétablissement** du drainage pourra amener la cessation des accidents.

LE TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Celui de l'occlusion réside dans l'évacuation du pus de l'abcès s'il en existe un manifeste (combinée au traitement par le sérum hypertonique).

Si non la fistulisation du grêle dilaté ou la libération des anses sont les deux méthodes entre lesquelles un choix sera souvent difficile.

Le traitement des fistules vésicales sera d'abord médical, pour remédier à la cystite si celle-ci est intense.

L'intervention chirurgicale ne sera pratiquée que lorsque tous les phénomènes inflammatoires auront disparu : elle consistera dans l'ablation de l'appendice qui, à elle seule, peut amener la guérison.

Appendicectomie secondaire. — Elle s'impose dans tous les cas où l'appendice n'a pu être enlevé. On attendra la disparition de tous les signes d'inflammation : un délai de deux à trois mois est généralement requis, l'examen de la leucocytose sanguine fournit un élément d'appréciation qu'il ne faut pas négliger.

OBSERVATIONS

1° *Observations dues à l'obligeance de notre Maître,*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYK :

OBSERVATION V. — Forme occlusive, apyrétique. Douleurs gauches. Absès pelvien haut situé. Guérison.

— Homme de 59 ans. Douleurs sous-ombilicales. Signes d'occlusion. Apyrexie. Au palper : douleur dans la fosse iliaque gauche. Légère contracture. Rien au toucher rectal. Deux crises antérieures diagnostiquées : entéro-colite. Intervention : médiane sous-ombilicale. Appendice pelvien avec absès haut situé. Drain. Mikulicz. Guérison.

OBSERVATION VI. — Forme occlusive d'emblée, apyrétique, avec mouvements péristaltiques. Vue le 10^e jour. Mort.

— Femme 36 ans. Une crise antérieure.

Début : douleurs diffuses, vomissements, arrêt matières et gaz, pas de fièvre pendant 8 jours.

Vue le 10^e jour : état très précaire, vomissements fécaloïdes, météorisme marqué, péristaltisme ; au toucher, masse dure et douloureuse dans Douglas.

Intervention : trois absès sont successivement rencontrés, anses coudées ; le 3^e absès au détroit supérieur contient l'appendice dont la pointe plonge dans le pelvis.

OBSERVATION VII. — Appendice pelvienne vue le 10^e jour. Occlusion secondaire mécanique, mouvements péristaltiques. Intervention. Mort.

— Femme 29 ans. Début il y a 10 jours. Douleurs du bas-ventre. Vomissements, 38°. Rémission. Reprise et douleurs continues, mais température à 37°. Palper : douleur à droite, douleurs aux touchers rectal et vaginal. Numération : 33.500 leucocytes, poly 84 %.

Diagnostic : appendicite pelvienne datant de 10 jours : glace. 4 jours après : occlusion aiguë avec péristaltisme visible.

Intervention d'urgence : médiane sous-ombilicale, ponction du grêle. Etranglement d'une anse grêle sous les annexes gauches formant bride par adhérence à la fosse iliaque droite. Perforation au point de stricture. Dans le pelvis : appendice perforé et gangréné. Ablation. Enfouissement de la perforation du grêle. Mikulicz. Mort le jour même.

OBSERVATION VIII. — Appendicite pelvienne. Douleurs hypogastriques.

— Homme 26 ans. Douleurs hypogastriques avec irradiations lombaires, périnéales, membre inférieur. Douleurs vésicales, à la miction. Vomissements, fièvre à 40°. Leucocytose 16.600.

Diagnostic : appendicite pelvienne (traitée médicalement dans un service de médecine).

Deux mois plus tard : médiane sous-ombilicale, appendice pelvien adhérent au rectum et à des anses grêles. Ablation. Guérison.

OBSERVATION IX. — Crise sub-occlusive vue au 8^e jour. Douleurs à gauche : cœco-ascendant fixé à gauche. Guérison.

— Homme 28 ans. Douleurs abdominales et arrêt des matières et des gaz depuis 8 jours (un an avant : deux crises semblables). Douleur à début gauche. Envies d'uriner, vomissements, 40°.

Palper : douleur maxima fosse iliaque gauche.

Toucher Rectal : empiètement du Douglas. Traitement médical.

Deux mois après : médiane : appendice pelvien, mais tout le grêle est à droite. Tout le gros intestin est à gauche : colons ascendant et descendant sont parallèles.

Ablation de l'appendice. Guérison.

OBSERVATION X. — Première crise iliaque droite.

— Homme 60 ans. Première crise d'appendicite typique.

Six mois après : crise abdominale douloureuse bas-ventre et région lombaire, 40°, vomissements, frissons.

Diagnostic du médecin : colique néphrétique.

Hôpital : aucune contracture, mais Douglas un peu empâté.

Diagnostic : appendicite pelvienne.

Incision droite basse : appendice pelvien perforé avec abcès.

Ablation. Guérison.

OBSERVATION XI. — Appendicite subaiguë. Signes hypogastriques.

— Femme 45 ans. Douleurs abdominales basses irradiant vers

sacrum et lombes datant de deux ans, augmentant d'intensité depuis 3 mois. Constipation. Dysurie.

Douleur à droite et à gauche à la pression au-dessus de la symphyse. Toucher vaginal : masse droite (annexite).

Opération : médiane. Foyer inflammatoire dans la partie droite du pelvis, limité par utérus, trompe droite, ovaire et rectum. Appendice gros et enflammé.

Ablation de l'appendice. Hystérectomie. Guérison.

OBSERVATION XII. — Appendicite subaiguë.

— Homme 60 ans. Douleurs bas-ventre par crises, se calmant par position couchée. Nausées. Constipation. Pollakiurie. Amaigrissement.

Toucher rectal : masse saillante, indurée, fixe au-dessus de la prostate, muqueuse saine.

Opération : bloc d'adhérences inflammatoires dans le pelvis. Au milieu : l'appendice. Ablation. Guérison.

OBSERVATION XIII. — Appendicite pelvienne simulant la torsion de kyste.

— Femme 40 ans. Depuis quelques jours crises douloureuses et vomissements, puis trois syncopes.

Hôpital : température 37°8 ; dans le cul-de-sac droit : masse exquisement douloureuse.

Intervention : appendicite pelvienne chez femme ayant un petit fibrome.

Ablation de l'appendice. Guérison.

2° Observations dues à l'obligeance

de M. LE PROFESSEUR HARTMANN :

a) Les cas mortels :

OBSERVATION XIV. — Péritonite généralisée. Mort.

— Entre avec signes de péritonite généralisée à prédominance à droite. Température 37°8, pouls 130. Toucher rectal : empâtement latéro-rectal droit.

Drainage du Douglas à l'anesthésie locale. Décès le lendemain.

OBSERVATION XV. — Appendicite vue au 10^e jour. Signes épigastriques et gauches. Mort.

— Traitee depuis 2 ans pour « entérite ». Depuis 10 jours, douleurs épigastriques et iliaques gauches. Pesanteur périnéale. Diarrhée. Pas de vomissements.

A son entrée : douleurs très aiguës, irradiées, deux vomissements. Maximum douloureux au palper : fosse iliaque gauche. Matité sous-ombilicale.

Incision médiane. Drainage du Douglas : Mort le même jour.

OBSERVATION XVI. — Appendicite prise pour « engouement herniaire ».

— Homme 72 ans. Hernie irréductible depuis 4 jours ; puis arrêt des matières et des gaz, vomissements alimentaires ; la température, après s'être montée à 39, descend au-dessous de 38. La hernie semble engouée.

Incision de kélotomie : hernie par glissement, non étranglée. Mais fausses membranes et du pelvis sortent quelques gouttes de pus fécaloïde.

Incision médiane : abcès rétro-vésical contenant l'appendice gangrené, gros drain, mèche, mort.

OBSERVATION XVII. — Occlusion secondaire. Mort.

— Femme 17 ans. Début iliaque droit remontant à 15 jours, crise traitée médicalement. Amélioration.

Reprise des douleurs, ballonnement, constipation.

Entrée à l'hôpital : ventre météorisé. Douleur diffuse, maximum à droite ; température 38 ; pouls 120 ; toucher vaginal : masse tendue à droite.

Opération d'urgence : para-rectale droite, distension du grêle jusqu'en un point proche de l'angle iléo-cœcal. Appendice pelvien adhérent à l'ovaire droit avec abcès. Levée de l'obstacle sur le grêle. Ablation de l'appendice et de l'ovaire droit. Mort le lendemain.

OBSERVATION XVIII. — Abcès pelvien haut situé. Mort.

— Homme 17 ans. Petite crise 6 mois avant.

Début 3 jours avant son entrée : douleurs ombilicales, vomissements, pas de fièvre, constipation.

A son entrée, mêmes symptômes. Dysurie, température 37, pouls 70.

4 jours plus tard : diarrhée, vomissements, altération du faciès, température 38°2, pouls 130, pollakiurie. Météorisme, masse sus-pubienne mate.

Au toucher rectal : entre main hypogastrique et doigt rectal, sensation de résistance.

Opération : anesthésie locale, abcès hypogastrique et pelvien. Drain. Pas d'appendicectomie. Mort le soir même.

OBSERVATION XIX. — Abcès pelvien ouvert spontanément dans le rectum. Phlébite. Intervention : abcès ouvert également dans l'intestin. Mort par hémorragie.

— Femme 32 ans. Entre au 15^e jour d'une crise douloureuse généralisée avec vomissements et ballonnement du ventre. Ouverture spontanée le jour de son entrée. Phlébite.

5 mois après : toujours du pus dans les matières.

Toucher rectal : induration. Toucher vaginal : cul-de-sac postéro-latéral droit : empâtement diffus.

Opération : médiane, abcès pelvien d'origine appendiculaire ouvert dans l'intestin. Drainage.

Suppuration prolongée, trois jours plus tard, fortes hémorragies par la plaie. Mort.

OBSERVATION XX. — Abcès pré-rectal. Suppuration prolongée. Mort.

— Homme 39 ans. Entre le 25^e jour d'une crise ayant augmenté d'intensité le 8^e jour avec constipation et fièvre entre 38 et 39.

Entrée : douleurs iliaques droites. Au toucher rectal rien ne bombe, mais en déprimant la paroi abdominale : masse mal limitée douloureuse.

Intervention un mois après : abcès prérectal contenant l'appendice. Drainage. Suppuration prolongée : la température reste aux environs de 38°. Mort 4 mois plus tard.

b) Les cas douteux :

OBSERVATION XXI. — Homme 34 ans. Passé gastrique (hématémèse).

Début datant de 15 jours : douleurs droites, signes vésicaux et rectaux. Signes objectifs iliaques droits. Toucher rectal : tuméfaction diffuse, douloureuse, température 38.

Numération : 11.600 leucocytes, 67 % de poly.

Opération : incision pararectale droite ; abcès pelvien collé à la paroi latérale. Drain.

Lendemain : hématémèse. Mort dans la nuit.

OBSERVATION XXII. — Abcès pelvien. Rupture péritonéale.

— Femme 36 ans. Début 4 jours avant : douleurs, rémission, reprise avec vomissements et fièvre 38°3. Dysurie. Constipation.

Entrée : douleurs à gauche.

Toucher vaginal : grosse masse latéro-utérine droite ferme et douloureuse. Traitement médical. Une semaine plus tard, tableau brutal de perforation.

Opération : para-rectale droite ; péritonite généralisée ; abcès appendiculaire pelvien drainé et méché.

Nous ignorons ce qu'est devenue cette malade.

Nous plaçons ici une observation concernant un cas douteux, mais ne se rapportant pas à une appendicite pelvienne aiguë.

OBSERVATION XXIII. — Abcès résiduel du Douglas.

— Homme 40 ans. Opéré le 2 mars d'une appendicite iliaque basse avec abcès (3^e jour de la crise).

Le 18, fistule stercorale ; puis température oscillante.

Le 2 avril, température à 40°, collection lombant dans le rectum. Ouverture rectale.

La feuille de température s'arrête brusquement le 22 avril, alors que la fièvre était à 38°5.

c) *Les cas guéris* (observations résumées) :

OBSERVATION XXIV. — F. 24 ans. Début : douleurs à droite, vomissements, rétention d'urine. Vue le 2^e jour : signes objectifs à droite. Température 38°2, pouls 104. Opérée d'urgence : Mac Burney. Appendice pelvien perforé à sa base. Ablation. Drain. Mèche. Guérison.

OBSERVATION XXV. — F. 14 ans. Deux crises antérieures. Crise actuelle : douleurs droites, vomissements, 38°8. Traitée médicalement. Un mois après : appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION XXVI. — H. 20 ans. Péritonite appendiculaire à la 50^e heure. Ablation de l'appendice pelvien et adhérent. Drain. Guérison. 7 mois après : occlusion par bride. Opérée et guérie.

OBSERVATION XXVII. — F. 58 ans. Petites crises tous les 5 mois. Crise actuelle : douleurs droites avec vomissements. Signes occlusifs. Apyrexie. Traitée par son médecin. Reprise. Hospitalisation le 5^e jour : alors douleur et contracture à droite, avec plastron, perçu également au toucher. Température 38°. Refroidissement. Opérée 8 mois après. Ablation d'un appendice fusionné aux annexes droites. Guérison.

OBSERVATION XXVIII. — F. 17 ans. Crise avec douleurs généralisées et vomissements ; vue à la 48^e heure à la suite d'une aggravation brusque ; signes maxima à droite. Ablation d'un appendice gangréné et perforé, pelvien. Drain. Guérison.

OBSERVATION XXIX. — F. 20 ans. Crise à début brusque : douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche, pas de vomissements ; Température 38°. Vue le 5^e jour : douleur et contracture à maximum gauche. Toucher : dans le Douglas, masse indurée se continuant vers la fosse iliaque gauche, très douloureuse. Colpotomie le 12^e jour. Guérison.

OBSERVATION XXX. — H. 16 ans. Crise à début brusque : douleurs localisées secondairement à l'hypogastre et à gauche.

A son entrée (4^e jour), au palper de l'hypogastre : douleur et masse perçue également au toucher. Température 38°.

Refroidissement avec une petite crise sub-occlusive. Deux mois après : ablation de l'appendice. Guérison.

OBSERVATION XXXI. — H. 52 ans. A présenté, 4 mois avant, une crise douloureuse généralisée avec vomissements. Entré alors avec un abcès collecté incisé par le rectum.

Revient pour appendicectomie secondaire, mais entre temps a présenté de petites crises douloureuses sus-pubiennes.

OBSERVATION XXXII. — H. 19 ans. Début brutal précédé la veille de vomissements et d'insomnie. Examen de l'abdomen négatif ; température 38°5. Douleur au toucher rectal. Ablation de l'appendice pelvien. Guérison.

OBSERVATION XXXIII. — F. 17 ans. Début par envies d'aller à la selle et nausées, puis dysurie. Douleurs du bas-ventre. Température 39°, pouls 130. Douleur et défense hypogastrique. Au toucher vaginal rien d'anormal.

Traitée médicalement, le 15^e jour crise gauche avec dysurie, puis plastron occupant fosse iliaque droite et hypogastre. Incision par voie médiane d'un abcès : drainage ; appendicectomie 4 mois plus tard.

OBSERVATION XXXIV. — F. 28 ans. Début brusque : douleurs dans le bas-ventre. Rémission. Reprise des douleurs mais à droite. Traitée médicalement : apparition d'empâtement au-dessus de l'arcade crurale droite. Ouverture spontanée rectale.

Appendicectomie 45 jours plus tard : lésions mal refroidies. Convalescence mouvementée et fébrile. Guérison.

OBSERVATION XXXV. — F. 17 ans. Début brutal. Douleurs du bas-ventre. Syncope, vomissements : Température montée jusqu'à 39°.

Refroidissement : deux alertes avec douleurs à gauche, vomissements et 39°. Entre temps signes discrets à droite. Ablation secondaire de l'appendice pelvien. Guérison.

OBSERVATION XXXVI. — H. 21 ans. Nombreuses crises antérieures. Actuellement : douleurs du bas-ventre, fièvre, signes rectaux et vésicaux.

Incision le 17^e jour d'un abcès par le rectum. 2 mois après nouvelle crise à type iliaque droit. Toucher rectal : masse sensible. Opération : médiane. Ablation de l'appendice.

OBSERVATION XXXVII. — H. 47 ans. Crise vue le 7^e jour. Début. Douleurs ombilicales puis gauches : température 38° ; constipation. Au palper : douleur iliaque gauche.

Traitée médicalement, mais, un mois après le début, nouvelle crise gauche et hypogastrique.

Ablation d'un appendice adhérent au rectum.

OBSERVATION XXXVIII. — H. 45 ans. Crise à début occlusif s'aggravant peu à peu.

Entré le 6^e jour : alors diarrhée, température subnormale. Pas de signes abdominaux mais au toucher masse douloureuse. La crise cède quelques jours après. Appendicectomie secondaire. Guérison.

OBSERVATION XXXIX. — H. 17 ans. Début : crise hypogastrique et gauche. Diarrhée.

Rémission. Nouvelle crise 8 jours après. Nouvelle rémission puis reprise.

Entrée 10^e jour : température 38°6, voussure hypogastrique.

Douleur vive au palper à gauche. Masse au toucher rectal.

Opération : médiane, abcès haut situé. Appendicectomie : Guérison après fistule stercorale durant 3 jours.

OBSERVATION XL. — H. 32 ans. Début : douleurs ombilicales puis basses, vomissements, diarrhée.

Vu le 11^e jour : tuméfaction sus-pubienne, diarrhée, dysurie.

Toucher rectal : zone rénitente et douloureuse.

Opération : médiane, abcès haut situé.

Appendicectomie (fistule stercorale durant 8 jours). Guérison.

OBSERVATION XLI. — H. Vu tardivement. A l'hypogastre, submatité mais rien au palper. Grosse masse au toucher. Rectotomie. Drain. Appendicectomie secondaire.

OBSERVATION XLII. — Jeune fille 15 ans. Début iliaque droit, frissons. Le médecin conseille la glace. Sédation. Reprise 15 jours après. Nouvelle rémission mais les vomissements persistent.

Opération. Appendice pelvien, ablation ; drain, guérison.

OBSERVATION XLIII. — F. 29 ans. Crise passagère de douleurs ombilicales. Puis reprise iliaque droite ; signes objectifs iliaques droits et au toucher. Ablation de l'appendice pelvien. Guérison.

OBSERVATION XLIV. — H. 16 ans. Crise iliaque droite vue le 12^e jour après réascension thermique.

Alors : douleurs basses droites et gauches. Au toucher résistance douloureuse. Traitée médicalement : incision rectale le 20^e jour.

OBSERVATION XLV. — H. 19 ans. Crise droite avec frissons sans vomissement. Le médecin conseille la glace. Reprise avec frissons et vomissements.

Entrée le 6^e jour. Douleurs à droite, pas de signes urinaires. masse sus-pubienne retrouvée par le toucher rectal, température 38°.

Le 18^e jour : incision d'un abcès par voie rectale.

OBSERVATION XLVI. — F. 23 ans. Crise iliaque droite vue le 6^e jour. Alors température 39°, tuméfaction diffuse au toucher rectal remontant dans la fosse iliaque droite.

Traitée médicalement : 2 petites poussées thermiques ; malgré tout, refroidissement. 50 jours après le début : opération : Mac Burney. Appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION XLVII. — F. 50 ans. Crise hypogastrique avec ballonnement sans vomissement.

Vue le 5^e jour : signes objectifs hypogastriques. Douleur au toucher.

Opération : médiane. Appendicectomie. Drain. Guérison.

OBSERVATION XLVIII. — F. 43 ans. Crise à début hypogastrique et droit. Le 13^e jour subitement, violentes douleurs droites et vomissements ; entrée.

Alors, température 38°2. pouls. 80 ; douleur au palper, maxima à gauche. Traitée médicalement. Deux mois après : opération. appendice amputé près de sa base, salpingite droite (perçue au toucher).

OBSERVATION XLIX. — H. 29 ans. Douleurs généralisées augmentant peu à peu d'intensité.

Entré le 6^e jour : dysurie, douleurs dans la verge, température à

39°, pouls 100. Contracture généralisée à maximum droit. Douleur au toucher rectal.

Opération : appendice au détroit supérieur perforé à la base, avec abcès pelvien. Ablation de l'appendice. Drain. Guérison.

OBSERVATION L. — F. 19 ans. Crise douloureuse basse vue le 18^e jour. Masse hypogastrique débordant vers les plis inguinaux, surtout à gauche. Au toucher rectal grosse masse.

Traitement médical. Résorption. 2 mois et demi après : médiane appendice pelvien très long allant à gauche avec abcès résiduel. Ablation de l'appendice. Drain. Guérison.

Après ces observations d'appendicite aiguë pelvienne nous donnons quelques observations variées relevées également dans les archives de M. le Professeur HARTMANN.

OBSERVATION LI. — Appendicite subaiguë :

H. 18 ans, crises de douleurs généralisées il y a 15 jours. La crise actuelle remonte à 4 jours : douleurs hypogastriques. Mictions douloureuses. Au palper : au ras de l'arcade ; douleur et empâtement. Au toucher masse douloureuse se continuant avec l'empâtement iliaque, température 37°; pouls 74.

Opération : appendice à implantation rétro-coecale plongeant dans le pelvis. Ablation. Guérison.

OBSERVATION LII. — 1^o abcès ilio-pelvien. — 2^o abcès gauche.

F. 45 ans. Début 1^{er} janvier.

Dès le 10 janvier masse à droite très douloureuse et augmentant peu à peu. Entre le 1^{er} juillet : état cachectique, énorme tuméfaction iliaque droite atteignant ombilic et pubis, perçue au toucher vaginal.

Incision le 31 juillet parallèle à l'arcade. Abcès ilio-pelvien à odeur intestinale.

Revient le 2 mai suivant : début le 24 avril par grands frissons douleurs du bas-ventre et nausées. Au bout de 5 jours la douleur se localise dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher rectal : tuméfaction antéro-gauche. Colpotomie. Guérison.

OBSERVATION LIII. — 1^o abcès lombaire. — 2^o abcès du Douglas.

Le 13 juin : incision ilio-lombaire d'un vaste abcès contenant gaz et pus fétide. Drain.

Revient 5 octobre avec une fistule apparue il y a 4 jours.

Le 12 octobre : diarrhée, douleur dans les deux fosses iliaques.

15 octobre : collection bombant sur la face antérieure du rectum, incision. Appendicectomie le 3 novembre. Guérison.

OBSERVATION LIV. — Appendicite pelvienne subaiguë.

H. 24 ans : douleurs droites. Envies d'uriner et d'aller à la selle, trois crises de ce type à quelques jours d'intervalle l'amènent à l'hôpital.

Examen : douleur au Mac Burney et au toucher rectal.

Tous les deux jours : petite crise. Toujours apyréxie : une seule fois la température est montée à 39°.

Opération : appendice pelvien.

CONCLUSIONS

1. — Les appendicites pelviennes comprennent, d'une part des inflammations d'appendices situés dans le bassin, ce sont les appendicites pelviennes proprement dites, d'autre part des complications suppurées d'appendicites iliaques.

2. — Les crises aiguës pelviennes ont, en général, un début analogue à celui de toute appendicite.

3. — La douleur spontanée, dans la crise aiguë, est de localisation variable souvent à gauche, c'est alors un signe probable d'appendicite « du promontoire ».

4. — Les signes physiques souvent discrets, peuvent être iliaques droits ; on les trouve fréquemment dans la région hypogastrique.

5. — Le toucher rectal est un examen essentiel : il affirme ou confirme le diagnostic. Il permet de suivre la résorption des foyers ou l'évolution des abcès.

6. — Les deux gros dangers à redouter dans l'évolution des appendicites pelviennes sont la diffusion péritonéale et l'occlusion intestinale.

7. — Les aspects cliniques sont extrêmement variés : les formes du promontoire d'une part, certaines formes sub-aiguës d'autre part sont parmi celles où la symptomatologie peut être la plus atypique.

8. — Le diagnostic d'appendicite pelvienne est souvent écarté du fait d'examens cliniques incomplets.

9. — Le diagnostic différentiel ne se discute guère chez la femme qu'avec les affections gynécologiques et chez l'homme avec certains cancers digestifs.

10. — Le pronostic de l'appendicite pelvienne est mauvais du fait de l'absence de diagnostic précoce : dans les formes aiguës la mortalité dépasse 20 pour cent.

11. — Le traitement consiste dans l'appendicectomie d'urgence chez le malade vu précocement, dans la surveillance attentive « armée » du malade vu tardivement, dans l'incision des abcès suivie de l'appendicectomie secondaire à froid.

VU : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

VU : *Le Président de la Thèse,*

CUNÉO.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- D'ALLAINES. — 12^e Congrès des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord. *In Pr. Méd.* 10 déc. 1932.
- AYALA. — Douleur sympathique et douleur viscérale. *Rev. Neur.* Juil. 1937. p. 222.
- ARMSTRONG. — *A. Textbook of Surgery.*
- ARMSTRONG. — Clinical remarks on pelvic appendicitis and the importance of rectal examination. *British Méd. Journal.* 1906, p. 70.
- BADOLLE. — De la douleur à gauche dans l'appendicite aiguë. *Loire Méd.* Oct. 1928, p. 425. Déc. 1932, p. 500.
- BANCROFT. — Acute Appendicitis. *Journal of the Amer. Med. Ass.*, vol. 75, 1920, p. 1635.
- BARBET. — De quelques formes anormales d'appendicite avec abcès à gauche. *Thèse Paris*, 1898.
- BARNSEY. — Appendicite et annexite. Coexistence de deux affections. *Thèse Paris*, 1898.
- BATTLE. — Surgery of the diseases of the appendix vermiformis and their complications.
- BEHREND. — Ueber Schmerzen in der linken Unterbauchgegend als Symptom einer Appendizitis bei völlig normaler Lage der Appendix (*Munch Med. Woch.*, 14 mars 1930).
- BÉNÉTON. — Contribution à l'étude des appendicites pelviennes suppurées, *Thèse Paris*, 1927.
- BÉRARD. — Les péritonites généralisées d'origine appendiculaire (*Bull. Méd.*, 1904, p. 713).
- BÉRARD et PATEL. — Traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire, en particulier par l'incision rectale (*Revue Gyn.*, 1903, p. 868).

- BÉRARD et VIGNARD. — L'Appendicite.
- BLANC (H.). — A propos de l'appendicite (*Bull. Soc. Chir. de Paris*, 19 juin 1931).
- BOBBIO. — Appendicite pelvienne à forme utéro-annexielle. *Minerva Medica*, 10 janvier 1927.
- BONNET. — De l'incision iliaque basse transversale dans la technique de l'appendicectomie. *Lyon Chir.*, 1925, p. 712.
- BOSS (W.). — Perforation von appendicistischen Eiterungen in die Blase. *Zeitsch. für. Urol. Chir.*, t. 20, 1926, p. 215.
- BOYD. — Surgical Pathology.
- BRINDEAU et JEANNIN. — Appendicite à forme pelvienne chez une femme enceinte. *Ann. Soc. Gyn. et Obst.*, 1910.
- BROCA. — Absès pelviens de l'appendicite. *Bull. Méd.*, 1901, n° 51, p. 589.
- BROCA. — L'Appendicite, 1900 (*Les Act. Méd.*, Baillière).
- BROCA. — Absès appendiculaires pelviens. *Bull. Soc. Chir.*, 15 mai 1907, p. 491.
- BRUN. — Avantages de l'opération systématique d'urgence dans les appendicites aiguës. *Thèse Paris*, 1918.
- BRUNN. — Acute pelvic appendicitis (*Surg. Gyn. Obst.*, vol. 63, n° 5, 1936).
- BURGESS. — Operations for acute appendicitis. *Brit. Med. J.*, 1912, 24 février, p. 415.
- BURKHARDT. — Ueber die Entstehung linksseitiger Symptome bei Perityphlitis (*Munch Med. Woch.*, 11 déc. 1906, p. 2440).
- CAILLET. — Des complications vésicales au cours de l'appendicite. *Thèse Paris*, 1912.
- CAMBORDE. — Diagnostic des appendicites pelviennes chez la femme. *Thèse Bordeaux*, 1934-1935.
- CATHALA et AUROUSSEAU. — Appendicite (*in Traité de Méd. des Enfants*, t. III, p. 1043).
- CATHOMAS. — Die Differential diagnose zwischen akuter Appendicitis und Ruptur einer graviden Tube (*Beiträge für Klin. Chir.*, 1909, p. 148-171).
- CHARBONNEL. — Arthrite suppurée de la hanche droite communiquant à travers le cotyle avec un foyer d'appendicite pelvienne suppurée. *Bordeaux Chir.*, oct. 1936, p. 430.

- CHEVALIER (P.). — De l'appendicite pelvienne. *Thèse Paris*, 1899-1900.
- CHEVASSU. — Etat infectieux prolongé de cause indéterminée, appendicite pelvienne méconnue. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 28 oct. 1931.
- CHIFOLIAU. — Le drainage rectal des abcès appendiculaires pelviens. *Prog. Méd.*, 1911, p. 19.
- CHUREAU. — Appendicite à signes à gauche. *Bull. Soc. Chir. Paris*, 15 déc. 1933, p. 695.
- CIMINATA. — Il meccanismo del dolore viscerale dell' addome studiato sulle osservazioni di appendicite operate a caldo specialmente in sede ectopica. *Riforma Med.*, n° 49, 17 juin 1933, p. 904-913.
- COLLINS. — Historic Phases of appendicitis (*Annals of Surg.*, vol. 94, 1931, p. 179).
- COLSON, HENRY, FRANCILLON. — Hémorragie répétée après appendicectomie pour appendicite pelvienne. *Lyon Méd.*, n° 31, 2 août 1936, p. 178.
- CONCETTI. — L'Appendicite avec symptomatologie à gauche. *Arch. de Méd. des enfants*, déc. 1906, p. 705.
- COTTALORDA. — Les syndromes urinaires dans l'appendicite aiguë. *Gaz. Méd. de France*, 1^{er}-15 juill. 1936.
- COTTALORDA. — Appendicite obturatrice. *Bull. Soc. Chir. Marseille*, 12 octobre 1936.
- COLDRAÏ. — A propos de l'appendicite pelvienne (*Bull. Soc. Chir. de Paris*, 1926, p. 638).
- COURTOT. — Appendicites à manifestations gauches (*Thèse Nancy*, 1920).
- DARTIGUES et MIRCOUCHE. — Appendicite aiguë chez une femme atteinte de fibrome et de kyste intra-ligamentaire droit. (*Bull. Soc. Méd. de Paris*, 1911).
- DECOULX et PATOIR. — Les abcès résiduels après appendicectomie. (*Echo Méd. du Nord*, 28 fév. 1937, p. 321).
- DESJACQUES. — Occlusion intestinale aiguë par l'appendice enflammé. *Lyon Chir.*, 1935, n° 4, p. 452.
- DIEULAFOY. — *Cliniques 1897-1898*, t. 2, p. 336.

- DOERFLER. — Woran Stirbt an Blinddarmentzündung Erkrankte ?
Münsch. Med. Woch., p. 1949 et 1996.
- DORMOY. — De l'appendicite à forme pelvienne. *Thèse Lyon*, 1896-1897.
- DOUCARELLIS. — Contribution à l'étude des appendicites aiguës atypiques. *Thèse Paris*, 1923.
- DRUECK. — Rectal complications of appendicitis. *Medical Record*, 15 avril 1936, p. 346.
- DUDLEY. — Iléus paralytique comme complication de l'appendicite aiguë. *Annals of Surgery*, vol. 94, nov. 1926, p. 729.
- DUPUY (FRANCK). — Appendicite méso-coeliaque. *Thèse Paris*, 1934.
- DUVAL et AMELINE. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 25 mars 1931.
- ESNAULT. — Contribution à l'étude de l'appendicite (particulièrement à siège pelvien). *Thèse Paris*, 1897.
- FAVREAU, KLEIN, BATTEUR. — Syndrome d'occlusion intestinale au cours de la grossesse avec appendicite gangréneuse pelvienne.
- FÈVRE. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire chez l'enfant (*in Chirurgie infantile d'urgence*).
- FLANDRIN. — Formes urinaires de l'appendicite chronique. *Bull. Méd.*, 10 fév. 1934, p. 88.
- FORESTIER. — L'épreuve de la sédimentation des hématies. *Monde Médical*, 15 juillet 1931.
- FORGUE. — *Précis de Pathologie externe*.
- FOWLER. — *Appendicitis*.
- FRASER. — Acute appendicitis: Some mistaken diagnoses. *British Med. Journal*, fév. 1933, p. 310.
- FUTH. — Ueber die hohe Mortalität der Appendicitis in Graviditate und ihre Ursachen. *Médis. Klinik*, n° 39, 28 sept. 1913, p. 1575.
- GANNE. — Contribution à l'étude clinique de l'appendicite pelvienne aiguë. *Thèse Toulouse*, 1936.
- GARRÉ, *Lehrbuch der Chirurg.*, 1935.
- GASBARRINI. — E' sempre possibile la diagnosi differenziale: gravidanza tubarica destra rotta nel peritoneo e peritoniti appendicitea. *Riforma Medica*, janv. 1910.

- GIORDANO. — Lezioni di Clinica Chirurgica.
- GLOTAÏN (M^{lle}). — Contribution à l'étude de l'appendicite survenant au cours de la puerpéralité. *Thèse Paris*, 1914-1915.
- GOODMAN. — Historical survey of appendicitis. *Medical Record*, 15 avril 1936, p. 333.
- GORDON (M^{lle}). — L'appendicite chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1896.
- GRAVES. — *Appendicitis*.
- GRÉGOIRE. — Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen.
- HALLER. — Appendicite pelvienne. *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1926, p. 502.
- HAMANT. — Les douleurs à gauche dans l'appendicite. *Revue Méd. de l'Est*, 1921, p. 30.
- HAMANT. — Séquelles après abcès appendiculaires. *Revue Méd. de l'Est*, 1923, n° 4, p. 116.
- HARTMANN. — Appendicite et annexite (*Extrait des Ann. Gyn. et Obst.*, fév.-mars 1908).
- HEITZ-BOYER. — Appendicite pelvienne latente. *Bull. Méd.*, 1924/2, p. 765.
- HUSSENSTEIN et FLEURY. — Appendicites pelviennes. *Actualités Méd. Chir.*, n° 8, nov. 1934.
- INGELRANS. — Appendicite pelvienne. *Echo Méd. du Nord*, 26 mai 1928.
- JAISSON. — Diagnostic radiographique d'une appendicite chronique perforée. *Revue Méd. de l'Est*, 1920/2, p. 876.
- JAISSON. — Diagnostic radiologique de l'appendicite pelvienne chez la femme. *Revue Méd. de l'Est*, 1921/1, p. 374.
- JALAGUIER. — Appendicite et pérityphlite d'origine appendiculaire. (*in Traité de Chirurgie Duplay et Reclus*, t. VI, p. 508).
- JAY. — L'abcès pelvien au cours de l'appendicite aiguë. *Thèse Paris*, 1921.
- KELLY. — *Appendicitis*.
- KIRMISSON. — Appendicite avec abcès pelvien. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 16 oct. 1895.
- KIRMISSON et GUIMBELLOT. — De l'appendicite chez le nourrisson. *Revue de Chirurgie*, 10 oct. 1906, p. 441.

- KOBRAK. — Das Obturatoriuszeichen. *Deutsche Méd. Wochenschrift*, 15 nov. 1935, p. 1854.
- KUMMEL. — Ueber Appendizitis. *Munch Med. Woch.*, 14 oct. 1921, p. 1328.
- LABRY. — Appendicite à gauche ayant déterminé un syndrome rectal. *Lyon Méd.*, 1925, t. 1, p. 433.
- LANCE. — Appendicite pelvienne gauche sans inversion des viscères. *Bull. Soc. Anat.*, 1902, p. 819, p. 875.
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale.
- LE DENTU. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 15 mai 1907.
- LE FILLIATRE. — Forme vésicale d'appendicite. *Bull. Soc. Anat.*, 1900, p. 626.
- LEGRY et BIGOT. — Grands abcès du foie consécutifs à une péli-péritonite d'origine appendiculaire. *Bull. Soc. Anat.*, mai 1922, p. 198.
- LEJARS. — *Traité de Chirurgie d'urgence*.
- LEPOUTRE. — Abcès appendiculaires ouverts dans la vessie. *Soc. des Sc. Méd. de Lille*, 11/1/1925.
- LESSER. — The Blood sedimentation test and its value in the differential diagnosis of acute appendicitis. *Surg. Gyn, Obst.*, vol. 60, p. 157.
- MAGNIEZ. — Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de l'appendicite pelvienne. *Thèse Paris*, 1902-1903.
- MARIAGE. — Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans les inflammations péricœcales. *Thèse Paris*, 1890-1891.
- MARTIN (CH.). — A propos des appendicites pelviennes. *Arch. Méd. d'Angers*, fév. 1932.
- MARTINEZ. — Du diagnostic et du traitement des appendicites. *Thèse Paris*, 1890-1891.
- MASSON (DANIEL). — *Thèse Paris*, 1897-1898.
- MATHIEU. — *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 1924, p. 387.
- MAUCLAIRE. — *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 15 mai 1907.
- MAURIN. — Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire. *Thèse Paris*, 1889-1890.

MAYET. — Les formes cliniques de l'appendicite chez l'enfant. *Journal des Praticiens*, 31 oct. 1925, p. 721.

MÉTHIVET. — Quelques considérations sur l'appendicite pelvienne aiguë. *Gazette Méd. de France*, 1^{er} oct. 1937, p. 761.

MONDOR. — Diagnostics urgents.

MONOD et VANVERTS. — L'appendicite.

MONOD et VANVERTS. — Du traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire. *Arch. Gén. de Médecine*, mai 1898, p. 513.

MONTAGNIER. — Appendicite pelvienne. *Thèse Montpellier*, 1931-1932.

MORENO. — Occlusion intestinal per appendicitis pelviana aguda. *El dia Medico*, 25 mai 1936.

MORISON. — The diagnosis and treatment of the abcess in connexion with the vermiform appendix. *Lancet*, 1901, t. 1, p. 533.

MORISON. — The Pelyic appendix. *Lancet*, 1922, t. II, p. 553.

MORNARD. — Localisation gauche d'appendicite ayant entraîné une erreur de diagnostic fatale. *Bull. Soc. Chir. de Paris*, 7 mai 1926.

NATHER et OCHSNER. — Der linksseitige Abzess bei Appendicitis. *Deut. Zeit. für. Chir.*, t. 188, nov. 1924, p. 114.

NETTO. — Contribution à l'étude des appendicites associées aux annexites. (*in Journal Chirurgie*, 1914, p. 87).

OKINCZYC. — La forme occlusive de l'appendicite aiguë. *Bull. et Mém. Acad. Chir.*, 13 nov. 1935, p. 1220.

OKINCZYC. — Réflexions sur l'appendicite. *Bull. et Mém. Acad. Chir.*, 28 avril 1937, p. 589.

PANKOW. — Die appendicitis beim Weibe und ihre Bedeutung für die Geschlechtsorgane. *Beiträge für Geburtshilfe und Gyn.*, 1908 mai, p. 50.

PASTEAU. — Appendicite pelvienne. *Bull. Soc. Anat.*, avril 1897, p. 348.

PAUCHET. — Drainage abdomino-rectal des abcès pelviens d'origine appendiculaire. *Congrès Français de Chir.*, 1904, p. 553.

PÉNARD. — L'appendicite chez la femme enceinte. *Thèse Paris*, 1911-1912.

- PERAIRE. — Des positions anormales de l'appendice au cours de l'appendicectomie (*Bull. Soc. Chir.*, Paris, 1926, p. 416).
- FERREAUX. — Appendicite pelvienne infantile. *Thèse Bordeaux*, 1905-1906.
- PERRIGNON et DUBOURGUET. — Deux cas d'appendicite pelvienne. *Bull. Soc. Méd. Militaire*, mars 1937, p. 97.
- PÉRY, ROCHER, FAVREAU. — Appendicite gangréneuse pelvienne et grossesse. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1921, p. 83.
- PETIT (RAYMOND). — Appendicites aiguës graves à symptômes réduits. *Bull. Soc. Chir.*, Paris, 19 juin 1931.
- PILLET. — Fibrome à pédicule tordu avec appendicite simulant une appendicite pelvienne. (*Annales Gyn. et Obst.*, avril 1909, p. 222).
- PINCUS. — Pathological aspects of appendicitis. *Medical Record*, 15 avril 1936, p. 348.
- PIOTET. — Remarques sur le mode d'évolution, le pronostic et le traitement des appendicites graves. *Helvetica Medica Acta*, vol. 3, août 1936.
- PISSAVY. — Appendicite pelvienne. *La Clinique*, 1909, p. 101.
- PIVOTEAU. — Les formes appendiculaires de l'hématocèle pelvienne. *Thèse Lyon*, 1923-1924.
- PONCET. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 22 mai 1907.
- PRISTAVESCU. — Contribution à l'étude des fistules vésico-intestinales. *Journal d'Urologie*, 1912, t. II, p. 321.
- RANKIN. — Vésico-appendiceal fistuloe. *Surgery Gyn. et Obst.*, 1921, vol. 32, p. 153.
- RICHARD. — Contribution à l'étude de l'appendicite pelvienne. *Thèse Toulouse*, 1910-1911.
- RINTELEN. — Durchbruch eines appendicistichen Abcesses in die Harnblase. *Deutsche Zeit. f. Chir.*, vol. 242, 1933, p. 185.
- ROBB (HUNTER). — Inflammatory conditions of the appendix in pelvic operations (transactions of the *Amer. Gyn. Society*, 1905, t. xxx, p. 89).
- ROCHER (LOUIS). — De l'appendicite infantile à forme pelvienne et iléo-pelvienne. *Arch. Gén. de Méd.*, 1906, p. 524 et 591.

- ROCHERON. — Analyse de quelques cas de pérityphlite. *Thèse Lyon*, 1892.
- ROTTER. — Freie Vereinigung von Berlin. *Berlin Med. Woch.*, 12 fév. 1900.
- ROUSSEAU et CASSARD. — L'appendicite chez la femme. *Gazette des Hôpit.*, 15 fév. 1913.
- ROUTIER. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1890, p. 630.
- ROUX. — Traitement de la pérityphlite suppurée. *Congrès Français de Chir.*, 1889, p. 38.
- RUBIN. — Die Rolle der Appendizitis in der Aetiologie der weiblichen Sterilität. *Monat. für Geburtshilfe und Gyn.*, 1932, p. 161.
- SANTY. — Gangrène du membre inférieur au cours d'une appendicite aiguë. *Lyon Chir.*, 1924, p. 219.
- SANTY. — Prétendue bénignité des appendicites pelviennes. *Lyon Chir.*, 1926, p. 646.
- SCHMID. — Appendicite et grossesse extra-utérine. *Mitteilungen aus dem Grenzgebiete der Med. und Chir.*, 1926/1, p. 43.
- SCHWARTZ. — Appendicite pelvienne. *Paris Médical*, 1925, t. 1, p. 94.
- SCHWARTZ. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1890, p. 636.
- SÉNÉCHAL. — Contribution à l'étude de l'abcès pelvien appendiculaire. *Thèse Paris*, 1908.
- SHORT. — Abdominal pain in children. *Britisch Med. Journal*, 1935, t. 1, p. 1157.
- SONNENBURG. — Pathologie und Therapie der Perityphlitis.
- SOUPAULT et SEILLÉ. — L'appendicite pelvienne. *Revue Chir.*, 1930, p. 177.
- STUDEMEISTER. — Der appendicistische Douglas-Abcess. *Der Chirurg.*, 1936, p. 727.
- TERMET et VANVERTS. — De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite. *Gazette des Hôpit.*, 1897, pp. 274, 282, 306, 327.
- THEVENARD. — Appendicite en situation anormale de l'appendice. *Bull. Soc. Chir. de Paris*, 1926, p. 441.
- TIXIER et STEFANI. — Appendicite pelvienne simulant un cancer du rectum. *Lyon Chir.*, 1909, t. 11, p. 343.

- TORCHIANA. — Contributo alla studio dell' appendicite pelvica. *Il Policlinico*, 30 avr. 1934.
- TURNER. — Some aspects of pelvic appendicitis. *Practitioner*, 1906, t. 1, p. 198.
- VANVERTS. — Appendicite à répétition. *Soc. Anat.*, avril 1896, p. 280.
- VANVERTS. — Difficulté du diagnostic entre appendicite et salpingite. *Echo Méd. du Nord*, 28 juill. 1935.
- VECCHI. — Appendicite, annexite. *Clinica chirurgica*, 1909, p. 65.
- VLADOFF. — Des abcès appendiculaires ouverts dans la vessie. *Thèse Lyon*, 1897-1898.
- VOLKMANN. — Früh-und Fehldiagnosen. *Deutsch. Med. Wochenschrift*, n° 15, 10 avr. 1936, p. 581.
- WAKELEY. — *Surgical Pathology*.
- WAKELEY et GLADSTONE. — The relative frequency of the various positions of the appendix. *Lancet*, 1928, t. 1, p. 178.
- WALLSTEIN. — *Lehrbuch der Chirurg*.
- WALTHER. — Appendicite gangréneuse. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1902, p. 560.
- WHARTON. — Pelvic Abscess.
- WILMOTH et PATEL. — Abcès appendiculaire. (*in Encyclopédie Méd. Chir.*):
- WRIGHT. — Appendicitis and Bladder symptoms. *Urologic and cutaneous review*, oct. 1935, p. 708.

Société Anonyme Biésoise
d'Impressions et
de Publications
6, rue Pardessus - BLOIS

